L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

VIII

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

L'*Encéphale*, qui a commencé à paraître en Janvier 1881, depuis Janvier 1883 est publié tous les deux mois.

PRIX DE L'ABONNEMENT : **Paris, 20 fr.**

Départements : 22 francs. — Union postale : 24 francs

Le Mans. — Typographie Ed. Monnoyer.

L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

SOUS LA DIRECTION DE MM.

B. BALL,
Professeur à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin des hôpitaux.

J. LUYS,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de la Charité.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr CH. VALLON
Médecin de l'asile d'aliénés de Villejuif (Seine)

Huitième année



PARIS

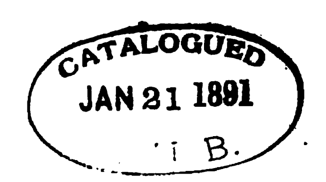
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

Rue Hautefeuille, 19, près le boulevard St-Germain

LONDRES — BAILLIÈRE, TINDALL AND COX
20, King William Street, Strand.

MADRID — FUENTES Y CAPDEVILLE
8, plaza Topete.

1888


CATALOGUED
JAN 21 1891
I B.



L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

L'AFFAIRE MÉNÉTRIER

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille

Inculpation d'assassinat suivi d'incendie. — Négation durant trois mois d'instruction. — Aveux à l'expert, non seulement des faits incriminés, mais en outre de deux assassinats, de cinq incendies, d'attentats à la pudeur et de nombreux vols qualifiés. — Allégations mensongères de troubles intellectuels. — Caractères psychiques du criminel-né sans stygmates physiques. — Condamnation à mort.

L'affaire Ménétrier est peut-être unique dans les annales judiciaires ; dans tous les cas, l'avocat général chargé de soutenir l'accusation a déclaré, au début de son réquisitoire, que jamais accusé n'avait eu à répondre devant le jury, d'un nombre aussi considérable de forfaits si monstrueux. D'un autre côté jamais, à ma connaissance du moins, expert ne s'est trouvé comme moi confident d'un prévenu qui, dans l'espoir d'établir son irresponsabilité par la multiplicité même et l'énormité de ses attentats, non seulement lui avoua les crimes pour lesquels il était poursuivi et qu'il avait niés durant trois mois d'instruction avec une habileté assez grande pour jeter le doute dans l'esprit du parquet, mais encore lui révéla une série d'actes criminels jusqu'alors ignorés de la justice, et ne s'est vu en outre conduit à tirer de ces

aveux la meilleure preuve de la culpabilité et de la responsabilité de celui qui les émettait. Quand Ménétrier fut confié à mon examen, il avait à se défendre d'un assassinat pour vol suivi d'incendie. Si pour le juge instructeur sa culpabilité et sa santé d'esprit étaient démontrées, les magistrats du parquet étaient loin de partager cette double conviction ; les uns le croyaient coupable et aliéné, les autres, aliéné et non coupable. C'est dire quelle habileté Ménétrier avait déployée durant une instruction longue et pénible. Je fus chargé de résoudre ce problème compliqué et délicat. Le prévenu me raconta toute sa vie, m'avoua plus que je ne lui demandais, le double crime cause de son arrestation, plus deux autres assassinats, six autres incendies, de nombreux vols qualifiés et des attentats à la pudeur dont on ne lui avait jamais demandé compte. Il résulta de tout cela une condamnation à mort.

Mais là n'est pas encore le côté le plus attrayant de cette affaire. Le cas de Ménétrier soulève la question si délicate, résolue affirmativement par le professeur Lombroso ces temps derniers, de l'identité de la folie morale et de la criminalité de naissance, celle non moins controversée de l'anthropologie criminelle, qui, fondée par l'illustre professeur de médecine légale de l'Université de Turin, compte aujourd'hui en France des partisans enthousiastes et a déjà à Lyon une revue spéciale. C'est leur importance scientifique et sociale, leur actualité aussi, qui me décident à publier cette observation et à émettre, en toute franchise, mon opinion.

I

Le 14 janvier 1886, vers une heure du matin, le feu éclatait dans une maison isolée qu'habitait seule à Neuilly, à 12 kilomètres de Dijon, la veuve Garot, âgée de 72 ans. Au lever du jour, on retrouvait sous les décombres, le cadavre carbonisé de la malheureuse. Par un étrange hasard le cou seul avait été épargné par les flammes, et l'examen de cette région montrait une section due à un instrument tranchant, située d'avant en arrière, au niveau du cartilage tyroïde, et profonde jusqu'à la colonne vertébrale. Un crime, sans nul doute, avait été commis.

Tout de suite, l'opinion publique fut unanime à désigner comme le coupable Félix Ménétrier, âgé de 24 ans, célibataire, cordonnier. Quel était cet homme ? Né aux environs, à Fau-

vernay, ce garçon avait dans tout le pays une réputation déplorable. De bonne heure les mauvais instincts s'étaient éveillés en lui. A douze ans, il réclamait au nom de sa famille une somme assez forte à un créancier et la dépensait dans les villages voisins. Il était pourtant intelligent, premier en classe comme à la maraude; aussi recevait-il une instruction primaire complète et devenait-il en peu de temps d'apprentissage un excellent ouvrier.

A dix-huit ans, il s'engagea au premier régiment de chasseurs d'Afrique. Arrivé au corps le 14 novembre 1879, il était promu brigadier le 10 mars 1880, preuve de son intelligence; mais peu après, le 8 juillet, il était cassé de son grade et remis chasseur de deuxième classe, pour mauvaise conduite habituelle, disent ses états de services. Le 12 août 1884, le conseil de guerre le condamnait à la peine d'un mois de prison pour bris de clôture dans un bâtiment de l'État avec circonstances atténuantes. Lors de son départ le relevé de ses punitions donna : 200 jours de consigne, 234 jours de salle de police, 59 jours de prison et 18 jours de cellule de correction. Inutile d'ajouter que le certificat de bonne conduite lui fut refusé. En Afrique, Ménétrier était devenu buveur, surtout buveur d'absinthe.

Après sa libération, en octobre 1884, il revint se fixer à Fauvernay comme cordonnier. Il vivait avec sa mère qui s'était remariée. Sa conduite fut mauvaise : il buvait, courait les filles et travaillait peu. En mai 1885, il vola trois cents francs à sa famille et entreprit un voyage d'agrément en Suisse. A son retour, on le chassa de la maison. Il travailla pour son compte. Son inconduite et sa paresse n'eurent plus alors de bornes et pourtant il avait toujours de l'argent plein ses poches. Il se payait des maîtresses, des dîners fins et se livrait au jeu. D'où tirait-il l'argent ainsi gaspillé ? Aux personnes qui l'interrogeaient à cet égard, il faisait d'étranges réponses. A l'un il disait : « C'est mon secret, je connais le « moyen d'avoir toujours de l'argent, mais pour cela il faut « être dégourdi. » A un autre : « Quand je vous devrais « encore un ou deux mille francs, vous seriez sûr de les « avoir. » Puis on s'aperçut que la nuit il sortait de chez lui par la fenêtre pour rôder et il devint la terreur du pays. Trois incendies éclatèrent dans la commune, son attitude durant ces sinistres sembla équivoque, l'opinion publique les lui attribua à voix basse. L'épouvante inspirée par cet homme

s'accrut encore, quand on le vit en proie à certains moments à des crises violentes de remords. Plusieurs fois, il lui arriva de se rouler par terre en s'écriant : « Qu'on tue le misérable! » ou encore de pleurer en parlant de sa mauvaise réputation, tandis que d'autrefois, il narguait ses compatriotes en ces termes : « Tas de paysans, je leur monte à tous le coup, ils « se trouvent épatés des noces que je fais. » L'imagination aidant, Ménétrier devint pour tous ces campagnards un être mystérieux et terrible, doué du génie du mal. Ils cherchaient à l'éviter sur les routes, ne prononçaient son nom que tout bas et en tremblant, le surveillaient de loin et en cachette, et quand ils étaient obligés de s'absenter de la maison emportaient sur eux leur argent. L'automne arrivé, ils apprirent avec stupeur qu'il cherchait à se marier, qu'il avait même trouvé une jeune fille à épouser. Il continuait pourtant le même genre de vie, mais ses ressources diminuaient, il fut saisi.

Le 1er novembre, après de copieuses libations, il se rendit chez son oncle pour l'inviter à sa noce. Celui-ci refusa, ne se souciant pas trop d'y aller à cause de la déplorable réputation de son neveu, et lui donna pour raison de son refus sa pénurie de vêtements convenables. Ménétrier qui venait d'absorber cinq ou six absinthes, il l'a lui-même reconnu durant l'instruction, vexé de ce refus se tira dans la tête un coup de revolver. On le conduisit à l'hôpital de Dijon où il ne resta qu'une quinzaine de jours, sans avoir jamais présenté aucun symptôme morbide, aussi beaucoup de gens prétendirent-ils que l'arme n'était pas chargée à balle. Il résulterait pourtant des témoignages de certains de ses voisins de lit, que durant les premiers jours, il était bizarre, incohérent dans ses discours ; d'autres le traitèrent de farceur.

Sorti de l'hospice, Ménétrier recommença sa vie de paresse et de débauche. Pourtant l'argent lui manquait de plus en plus, et le 1er janvier, jour de l'assassinat de la femme Garot, il était absolument dépourvu de toutes ressources. Il essaya en vain dans la journée plusieurs escroqueries. Or la femme Garot était à son aise, elle avait dit, peu de jours auparavant, que son intention était de retirer une certaine somme de la caisse d'épargne. Le crime fut commis entre cinq et six heures. Ménétrier arriva à son hôtel à Dijon vers sept heures et demie. Il était plus agité que de coutume, il avait les nerfs surexcités ; il se tint tout le temps debout, but et chanta des chansons arabes, puis se mit à danser.

Tel est l'homme que l'opinion publique désigna à la justice comme l'assassin de la femme Garot. Il fut arrêté le surlendemain 16. Il nia avec énergie et en même temps se donna pour un malade. Il était, disait-il, innocent du double crime dont on l'accusait, mais il reconnaissait que depuis le coup de revolver qu'il s'était tiré, il était sujet à des maux de tête, à des absences ; voici deux échantillons de ses réponses. Interrogatoire du 16 janvier : « J'avais un ouvrier pour me reposer de mes fatigues, car depuis que je me suis donné un « coup de revolver dans la tête, j'y ai constamment mal. » Interrogatoire du 6 février : « Je suis ainsi : depuis longtemps « la moindre contrariété me causait de la peine et me suggérait des idées de suicide. Avant même d'attenter à mes « jours, j'étais en proie à des surexcitations qui me transformaient et me faisaient faire des choses qu'à sang-froid je « n'aurais pas voulu faire. Je crois que si j'étais entré chez la « femme Garot, je me le rappellerais. Je reconnais pourtant « qu'au moment où les maux de tête me prennent, je suis « en proie à une surexcitation étrange et que de curieuses « idées me traversent le cerveau. Si je n'avais été arrêté le « vendredi, n'ayant plus d'argent, je me serais suicidé le « samedi. » Mais c'est surtout dans ses confrontations avec les divers témoins, qu'il invoqua des troubles intellectuels pour sortir d'embarras. Quand il était pris en flagrant délit d'inexactitude et de mensonge, vite il s'écriait : « Je ne sais trop, quand ma tête travaille je ne sais ni ce que je fais, ni ce que je dis et je ne me rappelle plus rien. »

En présence d'un tel système de défense, le magistrat instructeur ordonna une enquête minutieuse sur les aberrations mentales qu'avait pu présenter l'accusé avant et après son séjour à l'hôpital. De très nombreux témoins furent entendus ; sauf un, ils affirmèrent que Ménétrier était un malfaiteur de la pire espèce, très intelligent et n'ayant jamais donné aucun signe de folie. Lallier, qui avait été l'ouvrier du prévenu, a déposé : « Pendant mon séjour chez « Ménétrier j'ai constaté que cet individu ne faisait rien, « qu'il ne restait pas à la maison et a gâché plusieurs raccommodages que j'ai été obligé de refaire. J'ai couché cinq « à six nuits avec lui dans son lit, mais j'ai bientôt demandé « à faire couche à part, car, la nuit, il était en proie à des « agitations qui ne me permettaient pas de me reposer. Pendant les cinq nuits que j'ai partagé son lit, je ne l'ai pas

« entendu parler et je ne l'ai pas vu se lever. » L'accusé me fut alors confié.

Avant de retracer les intéressantes péripéties de l'examen direct, apprécions les éléments de l'examen indirect. Un seul mérite d'arrêter l'expert, la tentative de suicide par arme à feu, dans ses causes, et ses conséquences. A part cet incident, d'une importance que je ne nie pas, rien dans l'instruction ne laisse soupçonner la folie : ni le crime ni le criminel. L'assassinat de la veuve Garot, suivi dans la nuit de l'incendie de la maison pour détruire le cadavre et effacer toute trace de l'attentat, est bien moins l'œuvre d'un aliéné que d'un malfaiteur. Le mobile du crime est d'ordre physiologique : c'est le vol, et le vol pour se procurer les moyens de bien vivre en paresseux ; enfin l'attentat est la conséquence logique de la vie menée par le criminel et de son manque d'argent.

A qui a lu attentivement les détails que nous avons donnés sur les crimes, sur la victime et le coupable, ces appréciations paraîtront exactes sans plus ample développement. Faut-il s'appesantir sur la déposition de Lallier ? mais nous savons que Ménétrier était un buveur, surtout un gros buveur d'absinthe et un noceur. Quoi d'étonnant que ses nuits fussent agitées et son ouvrage mal exécuté ?

Tous les ivrognes ont le sommeil mauvais ; quand l'intoxication se trahit chez eux par ce seul symptôme, faut-il donc les considérer comme des irresponsables ?

Si la maladresse de Ménétrier à certains jours, alors que d'habitude il était bon cordonnier, relevait non de la fatigue et des excès, mais d'un trouble mental capable d'entraîner chez lui l'impuissance et l'incapacité au travail, ce trouble aurait-il passé aussi inaperçu de tous ceux qui vivaient avec lui, hormis Lallier? D'ailleurs, ce témoin ne déposa pas en faveur de l'aliénation de son patron, il se borna à relater certains faits dont il avait été témoin sans les interpréter dans le sens de la folie.

Reste la tentative de suicide. Nombreux sont les gens qui n'y ont jamais cru et qui ont soutenu que le pistolet n'était pas chargé à balle. Nous savons qu'à l'hôpital le blessé n'a jamais présenté aucun symptôme physique ; il venait d'être saisi, a-t-il voulu jouer la comédie ? La chose est possible. Acceptant toutefois que Ménétrier ait essayé de se tuer et s'est logé une balle dans la tête, je dis que cette détermina-

tion de se donner la mort n'est pas chez lui la conséquence d'une maladie mentale. Se suicider parce qu'un oncle refuse d'assister à votre mariage, n'est certes par un acte raisonnable ; sans conteste, il y a disproportion entre la cause et l'effet ; la réaction psychique n'est pas en rapport avec l'impression. Mais ce n'est pas dans le cas actuel un acte d'aliéné, car si le suicide est une manifestation fréquente de la folie, les aliénés, sauf dans certains cas exceptionnels, tels par exemple que la manie ou l'hystérie, qui ne cadreraient pas avec les données de l'affaire, ne cèdent pas à un prétexte futile venu du dehors, ils puisent en eux-mêmes les motifs de leur acte désespéré. L'ivrogne, au contraire, se tue pour un rien ; les boissons développent fréquemment, à un moment donné, des idées d'en finir avec la vie, que la cause la plus insignifiante pousse à exécuter. Ménétrier était un buveur ; le 1er novembre, il avait absorbé six absinthes ; il a, si la tentative a été sérieuse, obéi à une impulsion alcoolique, voilà tout. Je ne vois rien, dans cet acte ni dans sa cause, qui permette de supposer que l'accusé était aliéné deux mois et demi après, quand il a assassiné la femme Garot et brûlé sa maison la nuit suivante, pour consumer le cadavre.

Cette tentative de suicide, ne constituant pas, par elle-même ni par ses origines, une preuve de folie, a pu toutefois avoir pour effet de troubler les facultés intellectuelles de la victime. Je ne crois pas qu'il en ait été ainsi. L'absence de tout symptôme physique chez Ménétrier prouve bien que son cerveau n'a pas été atteint et que, si balle il y a, elle est logée dans les os du crâne. La bizarrerie du caractère, l'incohérence des idées signalées par certains voisins de lit et jugées simulées par certains autres, vu l'absence de tout autre désordre, ne suffisent pas à asseoir le diagnostic de traumatisme cérébral. Pourtant si les crimes avaient été perpétrés à cette époque ou même immédiatement après la sortie de Ménétrier de l'hospice, nous n'aurions pas hésité, dans le doute, à faire bénéficier cet homme de l'irresponsabilité. Mais deux mois s'étaient écoulés depuis cette sortie : il ne peut plus être question dès lors des conséquences immédiates mais éloignées de l'accident. Pour nous fixer à cet égard, la médecine légale nous enseigne un moyen excellent, la comparaison de l'individu à lui-même, et cette comparaison nous apprend que le Ménétrier d'après le coup de revolver n'a pas été autre que le Ménétrier d'avant. Certes, si le pré-

venu, autrefois excellent ouvrier, travailleur et honnête, avait commencé seulement après sa sortie de l'hôpital sa vie de paresse et de débauche, il serait logique d'attribuer au choc cérébral déterminé par la tentative de suicide la transformation de l'intellect. Mais il n'en est rien. Ménétrier n'a fait que renouer la chaîne du passé dans des conditions toutefois plus difficiles, car il lui était de moins en moins aisé de se procurer des ressources.

D'ailleurs l'état mental de l'assassin immédiatement avant et immédiatement après le crime a été constaté par de nombreux témoins. Avant, il essaie en vain d'escroquer; acculé à la dernière extrémité, sans un sou vaillant, il tue pour voler; et après, rendu à son hôtel, il boit, il chante, il danse, en un mot, il cherche à s'étourdir. Cette conduite n'est pas celle d'un aliéné. L'aliéné n'a pas à s'étourdir. Ou il a agi sous l'influence d'une impulsion irrésistible qui l'a entraîné malgré lui et alors il est résigné, conscient de son impuissance; ou il a agi sous l'influence d'une conviction délirante et il est si satisfait de son œuvre qu'il recommencerait au besoin, ou enfin il ne s'est pas rendu compte de la portée morale et sociale de son acte et il ne s'en préoccupe pas.

Ainsi, des éléments d'appréciation recueillis par l'instruction, aucun à notre avis n'établit l'irresponsabilité du prévenu. Voyons ce que nous apprit l'examen direct.

Ménétrier est arrivé à l'asile dans les premiers jours d'avril. C'était un joli garçon, d'une physionomie douce, bien pris du corps. Son extérieur ne révélait point un criminel. Sauf une agilité extraordinaire, il ne présentait au physique aucun des caractères décrits par Lombroso; sa tête et sa face étaient bien conformées. Durant tout son séjour dans l'établissement, sa santé a été excellente, l'appétit et le sommeil furent bons. Au psychique, fonctionnement tout aussi régulier. L'intelligence et l'instruction étaient au-dessus de sa condition sociale. Je m'assurai à l'atelier qu'il était un excellent cordonnier, capable de gagner plus que sa vie. Je portai mon attention sur son moral; là encore, pas la moindre absence ou perversion. Et il en fut ainsi tout le temps de l'examen direct, d'une durée de quatre mois environ.

Cette intégrité psychique ne laissait ouverte d'autre source d'appréciation que les allégations du prévenu. A cet égard, Ménétrier a tenu deux conduites différentes. Jusqu'au 24 avril, il a suivi le système adopté durant l'instruction : il

a plaidé non coupable, tout en accusant des désordres mentaux intermittents à forme de crises, caractérisés par des maux de tête, avec idées étranges et impuissance de la volonté ; accès pas plus constatés à l'asile qu'ils ne l'avaient été au dehors. Dès notre premier entretien avec lui, il ne se borna pas à nous parler des crises auxquelles il serait sujet, mais spontanément, sans qu'aucune question de notre part eût attiré son attention sur ce point, il nous apprit qu'il appartenait à une famille d'aliénés. D'après ses dires, sa mère et son grand-père avaient été fous ; je priai le juge d'instruction de vérifier cette assertion.

L'enquête faite à ma demande révéla les faits suivants. Abandonnée après la mort de son mari par un amant qui lui avait promis mariage, la mère du prévenu tenta, en 1878, de s'empoisonner et eut à ce moment certaines perturbations psychiques dues aux drogues qu'elle avait absorbées. Guérie en peu de jours, elle avait joui depuis lors de toutes ses facultés. Quant au grand-père, fondeur pendant trente ans aux fourneaux de Fauvernay, il avait eu vers 70 ans quelques accès de folie alcoolique durant lesquels il accusait sa femme de chercher à l'empoisonner de complicité avec un amant de 73 ans. Ces deux faits, on le voit, n'établissent nullement chez Ménétrier l'hérédité vésanique.

Sur nos questions, cette fois, l'accusé nous dit que lors de son engagement aux chasseurs d'Afrique, il avait été souffrant d'une violente fièvre typhoïde avec accidents cérébraux qui avaient nécessité un congé de convalescence de trois mois dans sa famille. Une nouvelle enquête apprit qu'en effet Ménétrier avait séjourné à l'hopital militaire de Blidah, du 26 août 1880 au 23 octobre, pour fièvre typhoïde grave et qu'un congé de convalescence de trois mois lui avait été ensuite accordé. L'existence incontestable d'une dothiénenthérie chez l'accusé en 1880, n'établit pas par elle-même qu'il était aliéné le 15 janvier 1886, car l'action de cette fièvre sur le cerveau est loin d'être constante et identique. Elle nous impose toutefois l'obligation de rechercher quelle en a été l'influence sur le fonctionnement cérébral de cet homme. Les faits prouvent que cette influence a été nulle, ils prouvent que Ménétrier a été simplement après, ce qu'il était avant. Nous savons, en effet, par l'examen direct, qu'il a conservé toute son intelligence, une intelligence au-dessus de sa condition, or quand la fièvre typhoïde laisse après elle des

troubles intellectuels permanents, ils sont d'ordinaire caractérisés surtout par de l'affaiblissement, et dans ces cas les victimes sont presque toujours des héréditaires vésaniques. Qu'on ne dise pas que sans amoindrir l'intellect du sujet, elle a perverti son caractère et son sens moral, annihilé sa volonté, le rendant ainsi le mauvais garnement que l'on sait, car je répondrai que, déjà avant, Ménétrier était ce mauvais garnement; sa dothiénenthérie date en effet du 26 août 1880, et c'est le 8 juillet qu'il était cassé de son grade de brigadier et remis chasseur de 2e classe pour sa mauvaise conduite habituelle.

Non, la fièvre typhoïde, pas plus que le coup de revolver, n'explique le double crime du 14 janvier accompli pour voler d'abord et s'assurer ensuite l'impunité. Tout dans l'examen direct confirme les conclusions de l'examen indirect : l'empressement de l'accusé à se donner, et à tort, comme un héréditaire vésanique; l'absence de toute crise durant quatre mois établissant une opposition entre les assertions et l'attitude; la contradiction entre le récit des symptômes éprouvés lors des accès et l'amnésie relative au seul accès durant lequel les crimes auraient été consommés; enfin jusqu'à cette bizarrerie de plaider non coupable et aliéné.

II

Aussi j'avais la conviction complète que la maladie n'avait joué aucun rôle dans le drame de Neuilly. Si l'accusé avait persisté dans son système de défense, j'aurais clos ici mon rapport en concluant à la responsabilité. Mais, le 24 avril, Ménétrier se décida à changer de tactique : il entra dans la voie des aveux. Il importe de spécifier les conditions dans lesquelles s'opéra cette évolution. Sans insister sur des détails qui ne seraient pas ici à leur place, je dirai que la remarquable instruction qui m'avait été communiquée ne me laissa aucun doute sur la culpabilité du prévenu. Je ne le lui cachai pas, quand j'eus pris une connaissance complète du dossier, et je l'invitai à me parler en toute franchise, à me donner dans son intérêt même un récit exact de sa vie, des mobiles qui avaient armé son bras et de la scène du crime, ajoutant, ce qui est exact, que sa sincérité me fournirait des éléments précieux d'appréciation. Ménétrier me demanda alors sur quelles preuves je fondais mon opinion. Je les lui énumérai,

je lui fis toucher du doigt, que lui seul avait pu commettre l'assassinat. Il fut très frappé de ma démonstration, d'autant plus que je lui avouai que les données à ma disposition semblaient établir sa responsabilité. Il réfléchit quelques minutes en me regardant dans les yeux, puis s'écria comme s'il prenait une résolution suprême : « Eh bien! je vais tout vous dire. » Et il me raconta ce qui suit.

Le 14 janvier, passant devant la maison de la Garot, il y entra pour demander du feu. La vieille, qui ne le connaissait que de réputation, lui donna quelques allumettes et causa avec lui de choses insignifiantes. Tout à coup, pris de l'idée de tuer, il s'élança sur elle et la saisit à la gorge. Sous l'influence et la surprise du choc, la veuve Garot tomba, étendue sur le dos : il l'étrangla de ses mains. Relevé, il aperçut sur une table un couteau, s'en empara et scia le cou de sa victime. Il passa alors dans une autre pièce où, dans le dernier tiroir ouvert d'une commode, il vit un gros cierge. Il le prit, l'alluma et, l'appuyant contre une chaise, le plaça entre le lit muni de rideaux et le cadavre; puis il se retira. Il supposait que l'incendie avait été allumé par ce cierge, car il niait avoir mis le feu à la maison dans la nuit du 14 au 15.

Ce premier assassinat avoué, Ménetrier, à ma grande surprise et sans coup férir, m'en révéla deux autres à sa charge restés inconnus à la justice.

En 1885, un soir d'été, à la sortie du café, vers 11 heures, pris en passant devant la maison qu'habitait seule Mme Fournier, âgée de 75 ans, de l'idée de tuer cette vieille, il escalada le mur et pénétra dans les appartements par effraction. Les portes intérieures étaient ouvertes, il se dirigea vers la chambre à coucher qui lui était familière et, à l'aide de sa main, étrangla dans son lit la veuve Fournier. Son idée satisfaite, il serait allé se coucher sans tirer aucun profit de son crime.

La première fois, ajouta Ménétrier, que cette idée de tuer s'empara de lui, c'était lors de son voyage d'agrément en Suisse en mai 1885. Il rentrait à pied en France. Sur la route, il rencontra une jeune fille de 14 à 15 ans, de pauvre apparence, qui portait du pain dans son tablier. Il causait et marchait avec elle depuis un temps assez long, quand, à l'improviste, il s'élança sur elle, la terrassa et l'étrangla de ses mains. Il poussa le cadavre dans le fossé de la route et continua son chemin sans avoir ni violé, ni même fouillé la jeune fille.

Ménétrier se reconnut encore l'auteur des trois incendies de Fauvernay. C'est lui, dit-il, qui incendia la grange de Mme veuve Larnière et l'étable de M. Garder en enflammant de la paille à l'aide d'allumettes. C'est lui encore qui embrasa par le même procédé la grange de M. Moniot après escalade du mur de clôture. Il me raconta que ses idées d'incendier étaient antérieures à ses idées d'étrangler, car en Algérie, pendant son engagement, il avait mis déjà le feu deux fois à la cuisine du camp, une fois à un gourbi.

Mais la première de toutes ses mauvaises idées aurait été celle du vol. Il nous apprit qu'en 1878, logeant chez Cassendi, aubergiste à Dijon, il fractura la malle d'un autre locataire, y prit cent francs et partit s'amuser à Paris. A son retour, Cassendi le conduisit à la police, mais il fut relâché faute de preuves. En 1885, il enfonça à Lagouat la porte de Mme Destrus, cafetière, en son absence, et prit trois ou quatre litres de liqueurs. En 1886, à Fauvernay, il lui était souvent arrivé de s'introduire de nuit chez Lerat, épicier, et d'y dérober du fil, des aiguilles, du chocolat, des bougies, du savon, voire même un pantalon bleu.

Enfin, assassin, incendiaire, voleur, Ménétrier nous affirma qu'il avait aussi commis de très nombreux attentats à la pudeur sur la personne de la petite Lerat, mineure de sept ans. Cette enfant venait chez lui presque tous les jours, il lui regardait les parties et se masturbait : il ne se souvenait ni d'avoir donné quelque chose à la petite, ni de lui avoir recommandé le silence.

Cette sincérité, en apparence si complète, m'embarrassa fort. Ménétrier s'était-il mépris sur le caractère dont j'étais revêtu ? Oubliant ma qualité d'expert, avait-il cru se confier au médecin, sous la sauvegarde du secret professionnel ? Je tins à être fixé sur ce point. L'accusé m'autorisa avec empressement à tout communiquer au parquet et à solliciter la vérification de ses allégations. Ainsi je fis. Le lendemain il renouvela devant le juge instructeur et le procureur de la République ses aveux et signa sa déposition. J'exposerai plus loin les résultats de la nouvelle instruction qui s'ouvrit alors; poursuivons sans nous interrompre, dans un but de clarté, l'exposé de cette seconde phase de l'examen direct.

Depuis ce jour, 24 avril, Ménétrier n'eut qu'un but : se présenter comme un monstre, s'accuser le plus possible.

Jamais il ne songea à simuler la folie, il se borna à des allégations dans le passé.

Le 5 mai, l'exhumation de Mme Fournier eut lieu, le prévenu extrait de l'asile fut conduit au cimetière de Fauvernay. D'une attitude révoltante de cynisme en présence du cadavre, à la foule qui le huait il fit des pieds de nez. Pour faciliter les enquêtes, on ne le ramena pas dans l'établissement, mais à la prison. A la date du 9, il m'écrivit une première lettre d'où j'extrais les passages suivants : « N'étant pas bien « du tout, c'est pour cela que je vous écris. Depuis que j'ai « vu le cadavre de Mme Fournier, je l'ai sans cesse devant « les yeux, et il y a des moments où je ne sais pas ce que je « fais. Je me frappe dessus. Ça m'a pris hier au soir et deux « ou trois fois la nuit. Veuillez, je vous supplie, me faire ren- « trer au plutôt, car il pourrait m'arriver malheur. Chez « vous, je me portais tout à fait bien et en travaillant, ces « mauvaises choses ne me venaient pas à la tête et je n'avais « pas d'attaques. Je n'ai pas faim non plus, et je ne peux « manger, aussi j'attends avec impatience le moment de « retourner chez vous. » Je ne répondis pas. Le 15, je reçus une nouvelle lettre plus pressante et plus intéressante : « Je « m'empresse de vous écrire cette lettre pour vous faire savoir « que l'on ne me fait pas vite sortir pour retourner chez « vous. Je le demande tous les jours, et l'on me dit des sot- « tises. Il y a un tas de monde dans ma chambre qui me dit « des sottises et qui veut me battre. Je n'y veux plus rester, « venez vite me chercher, je vous en prie, car pour ne plus « avoir de sottises, je ne veux plus rien manger dans cette « maison. J'ai encore bien des choses à vous dire pour mes « affaires. Je vous en prie, venez vite me chercher et je vous « raconterai tout cela, qui vous fera plaisir et que vous serez « bien content de savoir. J'espère partir demain chez vous, « grâce à vous, aussi je me suis empressé de vous écrire, car « je ne veux plus manger où je suis et j'ai peur de me battre « et de tuer quelqu'un. »

Ménétrier resta, en effet, vingt-quatre heures sans prendre de nourriture. Le parquet le renvoya à l'asile. Il y arriva satisfait, dans d'excellentes conditions mentales, se mit de suite au travail, mangea de bon appétit et ne présenta pas plus de troubles intellectuels ou moraux que durant son premier séjour. Jusqu'à la mi-juillet, époque où il fut ramené

définitivement à la prison, il jouit de la plus parfaite santé de l'esprit.

Le lendemain de son retour, pour tenir les promesses contenues dans sa dernière lettre, il me demanda un entretien particulier et me fit les nouvelles confidences suivantes. Il avait violé la jeune fille assassinée par lui, en Suisse ; le viol avait été postérieur au meurtre. Il avait également violé la femme Fournier et la femme Garot, ces deux septuagénaires, après les avoir tuées. Il lui était arrivé plusieurs fois de satisfaire ses besoins génésiques sur des bêtes; et des poules appartenant à des voisins avaient succombé aux suites de blessures occasionnées par l'introduction de son pénis dans leur anus.

Quelques jours après, nouvelle demande d'un entretien particulier et nouvelles confidences, relatives cette fois à des idées de suicide. Il avait cherché une fois à se faire écraser par un train et en avait été empêché par Clavel, bourrelier. Une autre fois ce même Clavel et Laurent lui avaient arraché des mains un tranchet avec lequel il cherchait à se frapper.

Pour Ménétrier, tous ces assassinats, ces incendies, ces vols qualifiés, ces attentats à la pudeur, ces tentatives de suicide étaient dus à des idées qui lui passaient par la tête et dont il n'était pas maître. Toutefois, il était incapable de fournir le moindre renseignement sur les modifications subies par son être physique et psychique à ces moments : ce n'est certes pas pourtant l'intelligence qui lui manquait.Quand pressé de questions,il était obligé de répondre quelque chose, il disait, embarrassé : « La tête me fait alors mal. » Nous apprécierons plus loin toutes ces particularités au point de vue médico-légal.

L'accusé avait toujours peur de n'en pas assez dire : il observait les malades pour tâcher d'en tirer profit. Occupé à la cordonnerie avec un jeune homme inculpé d'attentats à la pudeur, à qui il était arrivé, sous l'influence d'absences épileptiques, de perdre les objets tenus à la main, ou d'entreprendre de longues courses inconscientes dans la campagne, il me demandait, dès le lendemain de mon entretien avec ce prévenu, une nouvelle entrevue et me racontait qu'il avait laissé parfois tomber les choses qu'il portait et fait des courses sans but. Je feignis de prêter une grande attention à ses dires. Aussi, il ne manqua pas les jours suivants d'appe-

ler mon attention sur ce nouveau côté de son existence et il m'écrivit à ce sujet une très longue lettre dont voici un passage assez significatif : « A Paris, en 1879, je portais deux « pots de tripes, je m'arrête dans un café pour boire et je « suis parti sans rien me rappeler. Je suis entré chez mon « patron sans avoir porté les pots où il fallait et sans me « rappeler l'endroit où je les avais laissés. Je me rappelle « qu'un jour je faisais un soulier et je ne sais ce qui m'a « pris en faisant ce soulier, je suis parti le long de la rivière « en courant et souvent je me rappelle que je me relevais la « nuit et que j'allais pêcher avec un épervier sans savoir « m'en servir. Aussi beaucoup de gens m'ont dit que j'avais « un grain dans la cervelle. » Et il terminait en ces termes : « Dans tous ces actes dont je me rappelle je ne savais ce « que je faisais. » Le 5 juin, je recevais une nouvelle lettre de lui relative au même sujet ; elle débutait par cette phrase : « Voici les faits que je me rappelle et dont on m'a donné « connaissance après qu'ils étaient passés. »

Ménétrier, par mes entretiens avec lui, comprit que je n'étais point sa dupe, il sut aussi que le résultat des enquêtes ordonnées à la suite de ses aveux n'était pas favorable à son système de défense, il se tut alors, mais chercha à s'évader par tous les moyens. Il déroba à l'atelier de cordonnier une paire de souliers, une pince et un long crochet de fer. On ne souffla mot et on le surveilla. On s'aperçut que chaque nuit, il défaisait très adroitement quelques anneaux d'une fenêtre grillée de son dortoir, en ayant soin de remettre les choses en place à l'aide d'un fil noir très fin. Quand il eut suffisamment agrandi l'ouverture destinée à lui livrer passage, je le fis conduire à la prison, sans rien lui dire. Le lendemain, il m'écrivit une lettre désolée, me disant que sa tentative d'évasion — il avait deviné le motif de ma détermination, — était due à de mauvais conseils et me promettait de rester désormais tranquille. Je ne le revis qu'en décembre, aux assises.

III

Avant de passer à la discussion médico-légale des actes et des aveux de Ménétrier du 24 avril, à sa réintégration en prison, il importe de connaître dans leurs détails les résultats des recherches prescrites par le parquet.

Il a été impossible de vérifier l'assassinat que l'accusé aurait commis en Suisse, en mai 1885. Sans doute, plusieurs jeunes filles ont disparu cette année comme toutes les années, du canton vaudois où il devait se trouver, d'après ses indications, mais aucun cadavre n'a été retrouvé dans un fossé et la justice n'a pas eu à s'occuper d'un crime cadrant avec les renseignements fournis par l'accusé. Les recherches faites durant sept mois sont restées infructueuses. Par contre, l'assassinat de la veuve Fournier a été établi. Cette dame, très âgée, 76 ans, était alitée depuis de longs mois ; toutefois, son cousin l'avait vue la veille du jour où elle fut trouvée morte dans son lit et elle n'était pas plus mal ; sa femme de ménage et une voisine, en habillant le cadavre, avaient remarqué une ecchymose sur la joue et trouvé sous les fesses l'oreiller maculé de sang. Ces indications seraient insuffisantes sans l'autopsie, qui montra une solution de continuité sur la face postéro-médiane du cartilage cricoïde et une fracture des grandes cornes du cartilage tyroïde. Mais en outre l'instruction établit que les choses ne s'étaient point passées comme l'avait indiqué Ménétrier. Il avait pénétré dans l'intérieur des appartements, dont toutes les dispositions lui étaient d'ailleurs très famillières, non en fracturant une porte vitrée, mais en faisant tomber le pène de la porte du jardin par une forte poussée. De plus, il avait pris la veilleuse sur la table de nuit, où on ne la retrouva plus le lendemain, et s'était promené dans la pièce, car le plancher était couvert de taches d'huile; il avait essayé en brisant un carreau de pénétrer dans une pièce voisine où se trouvait une armoire dont les tiroirs, à sa connaissance, contenaient six cents francs en or; enfin il avait volé le contenu du porte-monnaie de la victime. Nous connaissons déjà tous les détails de l'assassinat Garot.

Pas plus que l'assassinat en Suisse, les trois incendies en Algérie n'ont pu être vérifiés ; il n'en a pas été de même des trois autres à Fauvernay. C'est bien Ménétrier qui les avait allumés pour voler, au milieu du désarroi et de la panique, en fouillant dans les meubles. Beaucoup de témoins, se sachant désormais à l'abri de la vengeance du coupable, n'ont plus hésité à signaler son étrange attitude durant les sinistres. Il ne cherchait pas à les éteindre, il se consacrait tout entier au sauvetage des meubles dont il ouvrait les tiroirs, quand il n'attisait pas le feu. Surpris dans cette der-

nière opération, le 23 mars, chez la veuve Larnier, il répondit aux exclamations indignées de Milan Pierre, qu'il prenait plaisir à la chose. Une déposition d'un haut intérêt est celle de Charton Antoine. « Aussitôt que l'incendie a éclaté chez Garder, Ménétrier est arrivé chez moi comme d'autres personnes pour sauver mon mobilier ; il avait l'air effaré et les yeux hagards, mais pendant tout le temps qu'il est resté chez moi, au lieu de se livrer à ce travail de sauvetage, il a essayé d'ouvrir les tiroirs de mon magasin. Quand je me suis aperçu des manœuvres de Ménétrier et qu'il était venu chez moi non pour me préserver de l'incendie, mais avec l'intention de s'emparer de ce qu'il aurait pu prendre en profitant du trouble où nous nous trouvions, je l'ai mis à la porte en lui disant que je n'avais pas besoin de lui et que sa place était plutôt sur le toit de la maison qui brûlait. J'avais besoin de tout le monde pour me secourir et certainement je n'aurais pas chassé Ménétrier si je n'avais pas remarqué chez lui une attitude équivoque. »

Les vols qualifiés chez Cassendi, chez Lerat, chez Mme Destras ont été aussi vérifiés. Voici la déposition de cette dame : « Pendant l'année 1880, pendant que j'étais allée faire mes « courses à Laghouat, mon débit est resté seul pendant la « journée et lorsque je suis rentrée, j'ai trouvé la porte « ouverte et la serrure brisée. J'ai constaté alors que l'on « m'avait pris une dizaine de bouteilles de liqueurs. J'ai su « plus tard par des soldats que le vol avait dû être probable- « ment commis par Ménétrier. On m'a même fait voir der- « rière la maison un trou dans lequel les bouteilles avaient « été enterrées. »

Il a été de toute impossibilité de rechercher si Ménétrier avait réellement violé la veuve Fournier et la veuve Garot, mais on a pu s'assurer qu'il n'avait pas dit vrai relativement à ses actes contre nature avec des bêtes. Jamais les voisins n'avaient eu de poules malades dans les conditions par lui indiquées. Restent les attentats à la pudeur commis sur la personne de la petite Lerat : ils sont exacts. L'examen des organes génitaux de cette enfant a permis de constater une irritation fort vive de la vulve, qui était rouge et recouverte d'un écoulement leucorrhéique. La membrane hymen était déchirée ; les deux premières phalanges de l'index s'introduisaient sans effort et sans douleur dans le conduit vaginal. Leur pénétration provoquait des contractions spasmodiques,

indice d'une sensibilité génésique anormale et prématurée : l'enfant, lors de l'examen, avait à peine sept ans. Dans quelles conditions avaient eu lieu les attentats ? La déposition de la petite l'apprit. Ménétrier était le pensionnaire de la famille Lerat qui envoyait la fillette le chercher aux heures des repas. Il introduisait alors l'enfant dans sa boutique dont il fermait la porte à clef, puis, après l'avoir embrassée et mis sa main dans ses parties génitales, il la portait sur son lit, retroussait ses jupes jusqu'à la ceinture, lui faisait écarter les cuisses et lui regardait les organes et les fesses. Puis il montait sur le lit à côté d'elle, déboutonnait son pantalon, se couchait sur elle et éjaculait. « Il me portait sur le lit et « faisait ce que j'ai dit toutes les fois que j'allais le chercher « et tout le temps qu'il a mangé à la maison », ajouta la petite. Jamais il ne s'est adressé à l'aînée qui avait dix ans.

Quant aux deux tentatives de suicide signalées par le prévenu, l'instruction a établi que quand Ménétrier avait bu, il avait le vin souvent triste et parlait alors d'en finir avec la vie, mais sauf le coup de revolver, en acceptant, ce qui est douteux, que l'arme fût chargée à balle, il n'a commis aucune autre tentative.

IV

Telles sont, dans leurs moindres détails, les données de cette curieuse affaire. Certes si le nombre et l'énormité des forfaits à eux seuls justifient le diagnostic médico-légal de folie, Ménétrier plus qu'aucun autre est en droit de le réclamer. Il serait difficile de trouver un être plus criminel et plus odieux que lui. Tous les crimes, il les a commis, et il les a commis dans les conditions les plus révoltantes ; il semble n'avoir rien d'humain, c'est un monstre dans toute la force du mot. Si pourtant les forfaits, quels que soient leur nombre et leur énormité, ne constituent pas, en dehors de tout autre élément d'appréciation, une preuve d'insanité, le moment est venu d'apprécier la conduite de l'accusé. Malade il ne peut être atteint que de folie impulsive ou de folie morale, car les autres troubles allégués durant l'examen direct ont été imaginaires. Je n'insisterai donc pas sur les absences qui ne se sont jamais produites devant nous et dont l'idée est née en lui de ses conversations avec son co-détenu épileptique. La phrase de sa seconde lettre que j'ai rapportée montre un perfectionnement dans son système, perfectionne-

ment qui indique bien le mensonge et la ruse. D'ailleurs nous savons à n'en pas douter que ce n'est point sous l'influence d'absences que les crimes ont été commis, puisque l'accusé nous en a révélés que personne autre que lui ne connaissait ; ses récits se contredisent donc, tout comme sa vie sage, réglée, honnête et douce de l'asile est en opposition avec les crises auxquelles il se prétendait sujet. De même les deux lettres du 9 et du 15 sont mensongères et ont été écrites dans le but de retourner à l'asile. Elles émanaient d'un homme aimant à bien vivre et préférant de beaucoup au séjour de la prison, celui de l'établissement, où en sa qualité de cordonnier occupé aux ateliers, il avait du tabac, du vin, de la viande à tous ses repas et la faculté de se promener dans le jardin de son quartier. Pour retrouver ce bien-être relatif, il écrivit la première missive où il ne parle que de sa santé, elle resta sans réponse. Il écrivit alors la seconde dans laquelle il promet de nouveaux aveux, moyen ingénieux d'arriver à ses fins. C'est là de la ruse, de l'habileté ; ce n'est pas de la maladie. Quant aux hallucinations qu'accusent aussi ces deux lettres, elles sont inadmissibles. Celles signalées dans la seconde ne sont plus celles de la première. Tout d'abord, le cadavre de Mme Fournier le hantait, puis il parle « d'un tas de monde dans sa chambre qui lui dit des sottises et qui cherche à le battre. » Il n'est pas vraisemblable que la vue du cadavre de Mme Fournier ait suffit à bouleverser à ce point l'intellect de l'accusé, d'un homme qui avait étranglé trois personnes, dont l'attitude au cimetière, lors de l'exhumation, avait été dégoûtante de cynisme : cette terreur retrospective ne s'explique pas. Les hallucinations terrifiantes mobiles et transformables, chacun le sait, se rencontrent dans l'alcoolisme et Ménétrier était buveur, mais arrêté le 15 janvier, il n'avait pas pris d'alcool depuis trois mois. Enfin, la guérison aurait été instantanée par le retour à l'asile. D'ailleurs, l'accusé dans sa seconde lettre n'a fait que reproduire le délire d'un malade de son quartier, qui, tous les matins à la visite, se plaignait amèrement des insultes et des menaces que venaient chaque nuit lui adresser dans sa cellule des individus inconnus.

On est donc autorisé à n'examiner que l'hypothèse d'une folie impulsive ou d'une folie morale, bien que le résultat absolument négatif de trois mois d'observation directe, l'empressement du prévenu à se présenter comme aliéné, à se

donner tort comme un héréditaire vésanique en tirant adroitement parti de certains faits, à se noircir au point d'alléguer faussement à sa charge, des actes criminels ou immoraux, à tenter des évasions quand il comprit la partie perdue, ne militent pas en faveur de la maladie.

L'impulsion fut la thèse soutenue trois heures durant par le défenseur; à l'entendre, Ménétrier avait été atteint, dans le court espace d'une année, de toutes les folies impulsives. Pourtant le moindre examen scientifique démontre le contaire. Et tout d'abord, à ma connaissance du moins, Ménétrier serait un cas unique. Je ne sache pas qu'aucun malade, en une année, ait été kleptomane, pyromane, dipsomane, satyre, suicidique et homicide? A cette liste, déjà si longue qu'on ajoute les absences épileptiques et les troubles hallucinatoires dont il a été question, on arrive à cette conclusion que le prévenu résumerait, à lui seul pour ainsi dire, la pathologie mentale. La nature est-elle si cruelle? j'en doute. Mais apprécions les faits.

L'absence de mobile est la caractéristique essentielle, le signe pathognomonique de l'impulsion irrésistible; irrésistibilité et intérêt sont deux termes qui s'excluent. Or, les assassinats, les incendies, les vols du prévenu ne tendaient pas à la seule satisfaction d'un besoin morbide d'assassiner, d'incendier, de tuer, ils avaient un mobile intéressé, ils avaient pour but de lui procurer les ressources nécessaires à une vie de débauches et d'oisiveté. Au cas où des crimes dus à une telle pensée seraient les produits d'impulsions irrésistibles, je dis qu'il faudrait supprimer le code pénal et déclarer tous les criminels impulsifs, car il serait difficile de retrouver chez aucun d'eux un mobile aussi intéressé, aussi physiologique.

Les conditions dans lesquelles les faits se sont accomplis présentent-elles aussi des caractères non moins conciliables avec toute idée d'irresponsabilité?

A l'exemple du défenseur, glissons sur les vols qualifiés. Vouloir présenter comme un kleptomane l'homme qui dérobe avec effraction et escalade l'argent nécessaire à ses plaisirs ou les liqueurs nécessaires à sa soif d'alcool, aurait été par trop paradoxal.

Commençons notre examen par les attentats à la pudeur commis sur la petite Lerat. Ils sont classiques, si je puis me servir de cette expression. Ménétrier a opéré comme opé-

rent, en ce genre, tous les criminels. Il a choisi sa victime et ses heures, il a pris ses précautions. Il n'a pas été un satyre ne connaisant pas d'obstacles, se satisfaisant quelsque soient l'heure, le lieu, la personne. Des deux sœurs il a choisi la plus jeune, celle dont le très jeune âge lui garantissait le silence, il attendait patiemment le moment propice, l'heure où l'enfant venait le chercher pour les repas. Il avait soin de fermer la porte. Où est l'irrésistibilité?

J'ai dit plus haut que la tentative de suicide du 1er novembre fut l'œuvre d'un alcoolique, non d'un aliéné, je dis encore que le dégoût de la vie, manifesté à certains moments par l'inculpé relève de la même cause. En effet, à ces moments-là il avait bu, les témoignages le prouvent; ensuite quand l'impulsif à la mort volontaire parle de son penchant morbide, c'est pour en gémir et supplier son entourage d'exercer sur lui une surveillance qui le mette à l'abri du danger dont il se sent menacé, non pas pour faire parade de son mal.

Les incendies? J'ai à deux reprises différentes, en novembre 1885 et en janvier 1887, longuement traité dans les *Archives de Neurologie* la question de la pyromanie. Qu'il me soit permis de renvoyer à ces deux mémoires. On verra qu'on ne retrouve nullement chez Ménétrier les caractères de l'impulsif au feu.

Mais de tout les forfaits de cet homme, les assassinats sont encore ceux qui sont le moins favorables à sa thèse. Quelle hésitation est possible pour le crime du 14 janvier? Un impulsif n'aurait pas assassiné dans de telles conditions. Il n'aurait pas tranché la gorge de sa victime après l'avoir étranglée. En effet son instinct morbide le portant à voir du sang, il n'aurait pas eu recours à la strangulation; entraîné à serrer jusqu'à asphyxie dans ses mains un de ses semblables, ce besoin satisfait, il serait parti. Ce ne sont pas les monomanes impulsifs, mais les épileptiques impulsifs qui s'acharnent sur les cadavres, et ils ne gardent qu'un souvenir nul ou incomplet de leurs actions. En coupant la gorge à la femme Garot après l'avoir étranglée, l'assassin de Neuilly a voulu l'achever au cas où elle respirerait encore. En arrangeant le cierge comme il l'a indiqué, il a cherché à effacer par le feu toute trace de son méfait. Il a passé dans la chambre voisine, il a fouillé les meubles, toutes choses que l'impulsif n'aurait pas accomplies.

L'assassinat de la veuve Fournier n'est pas non plus d'un

impulsif. D'ailleurs l'accusé a menti dans ses aveux. Il ne s'est pas retiré, le crime perpétré, sans chercher à en tirer parti. Il a volé le contenu du porte-monnaie de sa victime, il s'est promené dans l'appartement avec la veilleuse, il a essayé, comme le prouve le carreau brisé, de pénétrer dans la pièce voisine où à sa connaissance se trouvaient six cents francs en or. Il n'a pas tranché la gorge à la veuve Fournier, et n'a pas incendié sa maison, mais la raison en est simple. La veuve Fournier, affaiblie, tenait le lit depuis près d'un an et la strangulation en a eu vite raison ; son grand âge et sa maladie expliquaient sa mort. On la crut en effet naturelle. Et tout cela constituerait de la monomanie impulsive, sans oublier le choix de femmes très âgées et malades, incapables d'une résistance sérieuse ? Mais ce serait affirmer l'existence, en pathologie mentale, d'un instinct morbide à la strangulation exclusive des vieilles vivant seules.

Le criminel, lui aussi, ne présente pas davantage les caractères de l'impulsif. Ménétrier n'est ni un héréditaire vésanique, ni un faible d'esprit. Il n'est pas un héréditaire vésanique, car la tentative de suicide de sa mère à la suite d'un abandon et les excès alcooliques du grand-père septuagénaire n'établissent pas l'hérédité. Loin d'être un faible d'esprit, il est doué, avons-nous constaté, d'une intelligence et d'une instruction au-dessus de sa condition. Et puis, tant d'impulsions auraient-elles pris naissance en lui sans jeter une grande perturbation dans son physique? D'une même espèce, elles ne s'accompagnent pas seulement des maux de tête dont il a parlé, mais encore de palpitations de cœur avec anxiété précordiale, d'étouffements, de malaise, de bouffées de chaleur à la face, tous symptômes dont le patient est aussi conscient que de l'instinct morbide qui l'enlace et dont la disparition coïncide avec la satisfaction du besoin pathologique. Combien la réunion de toutes les folies impulsives dans un même cerveau aurait dû avoir un retentissement douloureux sur l'organisme. Et Ménétrier n'a su rien nous dire, non rien, de toutes ces perturbations, apanage habituel de la maladie mentale dont il se targuait. Que si on se demande d'où pourtant a pu lui venir la pensée d'alléguer ces anomalies psychiques que de toute évidence il ne pouvait connaître, que si on veut voir dans ce fait la preuve que réellement à certains instants, il avait selon ses expressions des idées bizarres dont il n'était pas maître, je répondrai qu'il n'a ainsi parlé qu'a-

pres un séjour de trois semaines à l'asile, dans une section riche en impulsifs, avec lesquels il causait beaucoup, qu'il voyait à l'œuvre. Intelligent, il n'a eu qu'à puiser là les éléments incomplets dont il s'est servi, comme il a essayé d'utiliser les troubles sensoriels d'un des pensionnaires et les absences épileptiques d'un autre. Je connaissais sa manière d'être durant les trois mois d'emprisonnement, aussi n'ai-je point hésité à le mettre d'emblée avec les autres malades pour m'assurer de sa sincérité, car l'aliéné n'imite pas son voisin, il rit plutôt de son délire. Le faux malade tient la conduite de Ménétrier.

Cet homme n'est donc pas un impulsif. Je crois même qu'il a rusé beaucoup dans ses aveux, qu'il a raconté les faits les moins compromettants, les plus susceptibles d'étayer son système de défense et qu'il a laissé dans l'ombre ceux qui auraient clairement établi sa responsabilité. Chez la veuve Garot, il n'avait rien trouvé ; la neige persistante avait empêché cette femme d'aller à la caisse d'épargne retirer son argent, comme elle l'avait annoncé dans le village ; chez la veuve Fournier, on avait retrouvé les six cents francs, les faits remontaient à près d'un an, on avait pu ne pas constater ou avoir oublié la disparition du contenu du porte-monnaie et la tentative faite pour pénétrer dans la pièce où se trouvait l'or. En risquant l'aveu de ces deux crimes, le prévenu était en droit d'en espérer un profit ; aussi pâlit-il et balbutia-t-il quand je lui appris les résultats de l'enquête sur cet assassinat. Mais il est un autre assassinat commis la même année sur une troisième vieille femme de 75 ans, à trois kilomètres de Fauvernay, assassinat perpétré dans des conditions identiques à celles de la veuve Garot. La veuve Bertrand qui, comme les deux autres, habitait seule une maison isolée, eut le cou coupé et le feu fut mis à sa maison. On éteignit à temps l'incendie ; on constata que tous les meubles avaient été fouillés, que toutes les économies de la vieille, de cinq cents francs au moins, avaient disparu. Aussi tout le monde, le 15 janvier, s'écria que l'assassin de la Garot était l'assassin de la Bertrand. L'instruction ne trouva contre Ménétrier que sa présence sur les lieux, le soir du crime, et la disparition du costume qu'il portait ce jour-là. Jamais Ménétrier n'a reconnu qu'il était l'assassin de cette femme. Il se troubla quand je lui dis que le vol certain des cinq cents francs de la victime était peut-être le motif de son

silence, mais il ne parla pas. Il n'est peut-être pas le coupable, qu'en tous les cas le parquet n'a jamais trouvé, mais il y a de bien grandes probabilités pour qu'il le soit, d'autant plus que contre des témoignages nombreux et formels il a nié sa présence sur les lieux, le soir du crime, et la disparition de son vêtement.

Quoiqu'il en soit de cette dernière affaire, en nous tenant aux seuls faits reconnus par le prévenu, il n'est pas douteux, à mon sens, pour les raisons exposées plus haut, qu'ils ne sont point l'œuvre d'un impulsif.

V

La folie morale, c'est-à-dire une affection mentale caractérisée par l'absence ou la perversion du sens moral avec conservation de l'intellect, n'est plus mise en doute. On discute encore ses origines, son domaine, ses conséquences, on ne discute plus son existence, car il est bien prouvé aujourd'hui que, sous l'influence de l'hérédité vésanique, du traumatisme, d'une maladie fébrile, d'une lésion organique du cerveau, tel homme, doué d'intelligence, se livrera aux actes les plus dépravés ou les plus criminels, guidé par le seul besoin d'une satisfaction égoïste, sans sentir l'odieux de sa conduite, bien qu'il connaisse en théorie et la distinction du permis et du défendu et la sanction attachée par la société à la transgression de ses lois, tandis que tel autre, intelligent lui aussi, malgré l'horreur que lui inspirent ses dépravations, y trouvera une volupté si grande qu'il restera sans force pour les dominer. Il était du devoir de l'expert de rechercher si Ménétrier ne se trouvait pas dans un de ces deux cas. Abstraction faite de ses crimes, il avait fait montre d'une rare précocité dans le mal et de vices variés propres à frapper l'attention. Qu'il fût doué d'insensibilité et de cynisme, comment en douter après son attitude lors de l'exhumation de la veuve Fournier ? Il était en outre paresseux, buveur, joueur, amoureux de la table, gaspillant dans des orgies l'argent qu'il obtenait du vol, de l'assassinat et de l'incendie, passionné pour les femmes, à leur défaut se satisfaisant même sur une enfant de six ans. Il avait aussi les principaux caractères psychiques du criminel né, bien qu'il n'en eût pas les caractères physiques. Certaines apparences semblaient donc en faveur d'une folie morale, et si son défenseur avait été adroit, il eût

soutenu cette thèse, non celle de l'impulsion irrésistible. J'espère pourtant établir que Ménétrier n'était pas un fou moral.

Les travaux récents sur l'anthropologie criminelle, la tendance actuelle à considérer les criminels comme des malades, de vrais fous moraux, m'obligent pour être complet, à élargir le débat plus qu'il n'eût été nécessaire, il y a quelques années, à considérer la criminalité en elle-même et dans ses rapports avec la folie morale. Sans conteste, une des manifestations fréquentes de cette dernière, quelle que soit la forme qu'elle revêt, absence ou perversion, est le crime contre les personnes ou les propriétés. D'un autre côté, il n'est pas douteux que la criminalité n'ait ses origines dans l'atavisme. Que le coupable soit un criminel né, un criminel d'habitude ou un criminel d'occasion, l'acte commis, anachronisme au moment de son exécution, n'est que la reproduction de ce qui fut jadis l'état régulier. Il n'y aurait certainement pas de criminels aujourd'hui, si tous nos ancêtres ne l'avaient été de par leur développement intellectuel et les milieux où ils ont vécu. Quand M. Lombroso dit que le crime est un fait d'atavisme, il émet donc une proposition rigoureusement vraie et ce n'est pas sur ce point que je me séparerai du célèbre professeur de médecine légale de l'Université de Turin. D'ailleurs quoi de plus logique ? Toute action humaine n'est-elle pas le résultat du double jeu des milieux et de l'organisation cérébrale ? Or cette organisation a été transmise de générations en générations, en se perfectionnant sans doute, mais non sans que chez quelques-uns, comme l'a établi Darwin, il ne se produise, sous l'influence de causes variées, des réversions. La criminalité est une réversion.

Mais je ne puis aller plus loin, et assimiler avec l'auteur de l'*Uomo delinquante* le criminel au fou moral, ainsi qu'il le fait dans la quatrième édition de son ouvrage. Cette erreur tardive du chef de l'école italienne provient, me paraît-il, de ce que nombre de criminels jugés et condamnés comme tels sont en réalité atteints de folie morale. Comparant ces individus détenus dans les prisons aux rares fous moraux des asiles, il ne trouve entre eux aucune différence. Je le crois sans peine, puisqu'ils sont atteints, les uns et les autres, de la même dégénérescence physico-psychique, mais conclure de là à l'assimilation du criminel et du fou moral, c'est tirer

une conclusion générale que ne renferment pas les prémisses. Que M. Lombroso compare aux fous moraux les vrais criminels tels que nous les décrivons plus loin, et il découvrira entre eux plus de différences que d'analogies, tant au physique qu'au psychique. La proportion dans laquelle le médecin italien trouve des caractères identiques doit correspondre à la proportion des fous moraux victimes d'erreurs judiciaires. A mon avis, la science actuelle n'autorise pas les inductions de M. Lombroso, je vais essayer de l'établir et de montrer qu'en même temps Ménétrier est bien un coupable, non un malade.

La manifestation atavistique, désignée au sens social du mot sous le nom de crime, se produit dans trois conditions différentes : une organisation spéciale, l'habitude, l'occasion.

Rien de ce qui a existé ne se perd, et notre encéphale contient à l'état plus ou moins latent, selon les individus, toutes les manières d'être de nos pères. Aussi est-il exact de dire, en s'inspirant d'un vers célèbre et en l'adaptant au sujet, que tout homme porte en son cerveau un criminel qui sommeille. Voilà pourquoi, tous tant que nous sommes, nous pouvons, sous l'influence de telle ou telle occasion, nous réveiller criminels. Aucun de nous n'est tout à fait à l'abri de cette mésaventure, nul ne saurait jurer, sans mentir à ses origines, que jamais l'indignation ou la colère, s'il est de race élevée, un sentiment moins noble, s'il est de race inférieure, ne le poussera au crime, qui sera un fait isolé dans son existence. Le criminel d'occasion ne présente donc aucun caractère particulier, ce sera vous ou moi, selon les circonstances. Aussi l'idée n'est jamais venue à personne de le comparer au fou moral et ce cas n'a certainement aucun rapport avec l'affaire Ménétrier.

A l'autre extrémité de l'échelle, nous trouvons le criminel né, qui, d'après les recherches de M. Lombroso, serait un être à part, muni de stygmates physiques plus ou moins accentués et en nombre plus ou moins considérable. Comme l'a très bien vu le professeur de Turin, ces stygmates sont de deux espèces ; les uns ont un cachet dégénératif rappelant l'aliénation, les autres un cachet atavistique rappelant les peuplades primitives. M. Lombroso en conclut que le criminel né tient du sauvage et de l'aliéné, confusion, à mon avis, très regrettable. Si le criminel né n'est qu'une contre-

façon de l'homme primitif égaré au milieu de la civilisation, il ne saurait être un aliéné; et l'assimiler au fou moral est en même temps assimiler à ce malade tous nos ancêtres dont il n'est que la reproduction, conclusion que la logique impose et qui est à un haut degré anti-scientifique, car l'humanité a marché dans la voie du progrès et de la fécondité, tandis que la maladie engendre la décadence et la stérilité. Je croirai plus volontiers que les criminels nés se divisent en deux classes très distinctes : les uns à stigmates physiques dégénératifs, seraient des fous moraux, les autres à stigmates physiques atavistiques, rappelant les races disparues, ou les sauvages, constitueraient une famille spéciale, à qui conviendrait exclusivement la dénomination de criminels nés. Ménétrier, si cette doctrine était l'expression de la vérité, ne serait point un criminel né, bien qu'il eût commencé à douze ans ses méfaits, puisque nous n'avons pas retrouvé chez lui les caractères découverts avec tant de sagacité et décrits avec tant de clarté par M. Lombroso. Je crois, en effet, qu'il n'a été qu'un criminel d'habitude.

Il est démontré en physiologie du système nerveux, que la reproduction des mêmes actes fortifie, développe les dispositions de ce système et facilite à un haut degré l'exécution de ces actes. Telle est l'origine de la criminalité d'habitude. Fût-il né dans un autre milieu, dans des conditions favorables, le criminel d'habitude aurait été un honnête homme. Sans doute il a un fond pire que celui du commun des hommes, et là se trouve en grande partie l'explication de sa conduite, de la possibilité de ses crimes, mais aucune fatalité ne pèse sur lui, il n'est pas comme le criminel né un être à part, muni de caractères physiques spéciaux, et, tandis que celui-ci, même dans les conditions les plus avantageuses, n'a qu'une honnêteté instable, lui dans ces conditions serait sans grand effort, un vertueux. En un mot le criminel d'habitude est une victime moins de l'organisation que des circonstances. Tel fut précisément Ménétrier ; l'impunité fit de lui ce qu'il a été. A ceux qui s'étonneraient qu'en un laps de temps si court, dans une petite commune, à une douzaine de kilomètres de Dijon, un homme, non aliéné, partant capable d'apprécier et la portée et les conséquences quasi-certaines de ses forfaits ait commis tant de crimes, je répondrai que je suis bien plus surpris que dans ces conditions la justice ait mis tant de temps à arrêter cet homme, n'ait su que par les

aveux que j'ai obtenus les actes criminels dont il s'était rendu coupable ; et je trouve là l'explication très naturelle et très rationnelle de l'existence qu'il a menée. Sa conduite criminelle est due à la sécurité dont il a toujours joui, non à une maladie mentale. Ménétrier a suivi, en effet, une marche ascendante dans le crime. Il avait de naissance de mauvais instincts, c'est certain, la précocité de ses débuts le prouve. Très intelligent, mais très jouisseur et très paresseux, il chercha de bonne heure les moyens de satisfaire ses goûts tout à son aise. Il débuta par des vols qui restèrent impunis. Il fit un nouveau pas en avant, souilla une enfant de six ans et ne fut pas davantage inquiété. Il se hasarda alors à incendier pour voler et le put impunément. De plus en plus enhardi, il assassina pour dépouiller ses victimes ; l'assassinat de la veuve Fournier passa inaperçu. Arrêté après le drame de Neuilly, sa culpabilité parut douteuse même à certains magistrats du parquet. S'il n'avait pas avoué, qui sait s'il n'aurait pas été acquitté ? il n'aurait eu à se défendre que de l'assassinat de la veuve Garot et il eût eu beau jeu. Ses crimes ont donc toujours été des crimes utiles et qui plus est hiérarchisés, si je puis ainsi dire. Ils ont grandi en raison directe de l'impunité. Ce n'est pas là la conduite d'un fou moral mais d'un criminel d'habitude.

Mais il faut bien confesser toutefois que l'anthropologie criminelle naît à peine, que les données qu'elle a recueillies jusqu'à ce jour n'apportent pas la certitude, et que les idées que nous avons émises sont des hypothèses ; or, on ne fait pas de la médecine légale, on ne dispose pas de l'honneur, de la vie même de ses semblables avec des hypothèses. Heureusement la clinique fournit un criterium moins contestable que celui de l'anthropologie. Bien que le diagnostic différentiel du criminel né ou d'habitude d'avec le fou moral soit un des problèmes les plus délicats de la médecine légale, elle permet de le résoudre. Elle apprend, en effet, que tandis que le criminel agit toujours dans un but intéressé, poussé par un mobile physiologique, haine, vengeance ou convoitise, le fou moral fait le mal pour le seul plaisir de faire le mal ou parce qu'il n'apprécie pas la portée morale de ses actions. En tout et partout celui-ci reste un malade, le criminel n'est criminel que quand il est de son intérêt de l'être. Ses actes, crimes ou non, sont, sans exception, des actes intéressés ; ceux du fou moral trahissent, en partie au moins, l'absence ou la per-

version du sens moral. L'histoire de la vie de ces malades offre des traits caractéristiques. A tout bout de champ on les entend émettre des appréciations révoltantes de cynisme et dont le seul résultat est de leur attirer le mépris ; ils passent leur temps à semer le désordre et la discorde autour d'eux, à calomnier et à nuire. Non contents de faire souffrir l'humanité, ils s'adressent aux animaux, qu'ils mutilent, aux choses même, qu'ils détériorent. Combien différente a été la conduite de Ménétrier : il n'a eu que des vices qui lui procuraient du plaisir comme il n'a commis que des crimes dont il tirait profit. On m'objectera peut-être qu'on trouve dans les prisons nombre de condamnés avec les caractères psychiques que je viens de donner, que les exemples abondent dans le beau livre de M. Lombroso ; mais je ne nie pas que nombreux sont les fous moraux victimes d'erreurs judiciaires, je crois même, ainsi que je l'ai dit, que leur nombre a été assez grand pour induire en erreur le professeur de Turin et le conduire à l'assimilation que je combats. Il n'est pas moins certain qu'il est une catégorie de condamnés pour qui le crime au lieu d'être un but, ainsi qu'il advient dans la folie morale, n'a jamais été qu'un moyen : c'est cette catégorie de condamnés que la clinique distingue des fous moraux. C'est parmi eux que se range Ménétrier, cet homme avide de jouissances, dont chacun des vices était une source de plaisirs, qui a volé, incendié, assassiné non pour le plaisir de voler, d'incendier, d'assassiner, mais pour se procurer les ressources nécessaires à sa vie de paresse et d'orgies. Les différences psychologiques que je signale sont si profondes, si radicales, qu'en acceptant même que les criminels nés et d'habitude, soient des malades, il me paraît impossible de les placer dans le même groupe nosologique que les fous moraux ; s'ils sont malades, ils le sont d'une autre maladie.

Et maintenant un mot d'explication. Convaincu que le crime est un fait d'atavisme, que les criminels nés ou d'habitude sont des êtres à part, chez lesquels, pour une cause ou une autre, les acquisitions du passé l'emportent sur celles du présent, et que le système pénitentiaire actuel aggrave l'état mental du prisonnier au lieu de l'améliorer, j'ai pourtant fait condamner Ménétrier. En agissant ainsi, j'ai accompli mon devoir. Les choses étant ce qu'elles sont, les magistrats demandant à un expert si tel accusé était ou n'était pas aliéné au moment du crime, celui-ci trahirait la confiance mise en

lui en ne se tenant pas au sens attaché par la magistrature au mot aliéné ; pour elle est aliéné tout homme dont l'état mental lors de la perpétration du crime ou du délit aurait justifié le placement dans un asile. Il est évident que le devoir strict du médecin légiste est de ne pas s'écarter de cette donnée. Or, de nos jours, le criminel tel que nous l'avons défini, distingué du fou moral, n'est pas pour la société un malade, elle le déclare responsable et digne de châtiment. Elle commet une erreur, soit, mais l'expert n'est pas chargé de réformer la société. Si partant de cette idée que le crime est dû à l'atavisme, que le criminel est victime de son organisation et des milieux, il concluait à l'irresponsabilité, il serait aussi coupable que le juré qui, dans une affaire capitale, voterait des circonstances atténuantes par cette seule raison qu'il n'est pas partisan de la peine de mort. Ils trahiraient l'un et l'autre la mission qu'ils ont acceptée. L'expert doit déclarer l'accusé criminel ou aliéné sans se préoccuper des conséquences de ses conclusions. C'est donc à tort, je crois, que la magistrature s'inquiète des travaux actuels sur l'anthropologie criminelle. Certes, nous espérons bien que, dans un avenir plus ou moins éloigné, ils auront pour résultat la refonte du code pénal et la transformation des prisons. Mais tant que la législation n'aura pas subi les améliorations que nous souhaitons, la magistrature peut être assurée que les experts, même les plus convaincus des errements actuels, concluront comme je l'ai fait pour Ménétrier.

Après quatre jours de débats contradictoires et moins de vingt minutes de délibération, le jury a rapporté un verdict affimatif sur toutes les questions, muet sur les circonstances atténuantes. La cour a condamné Ménétrier à mort. Cette peine a été commuée par le président de la République en celle des travaux forcés à perpétuité.

CYSTICERQUES DU CERVEAU

Non-idendité du cysticerque ladrique et du tænia solium

Par M. le Dr GAVOY

Médecin principal de l'hopital mixte de Limoges

B..., terrassier, ensuite charcutier, âgé de 49 ans, entre le 19 novembre 1886, pour la cinquième fois, à l'hôpital de Limoges, dans le service de M. Lemaistre Prosper, professeur de clinique. Le 2 avril 1887, il meurt après deux ans de maladie. L'autopsie révèle la présence de cysticerques au pied de la scissure de Rolando, sur le bord de la scissure de Sylvius, dans la substance grise des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, sur la face interne de la tête du corps strié.

M. le professeur Lemaistre, en publiant l'observation clinique, a savamment expliqué la cause et l'origine cérébrale des douleurs et des sensations périphériques, des crises d'épilepsie jacksonienne, de la torpeur et de la parésie des membres ; des phénomènes de dépression des diverses fonctions, qui leur ont succédé quelque temps avant la mort.

Cette observation présente encore un nouvel intérêt au point de vue de l'helminthologie.

L'existence de vers vésiculaires dans le cerveau est connue depuis longtemps déjà. Hartmann en 1685, Malpighi en 1697, annoncèrent que les kystes vésiculaires du cerveau, renfermaient un ver. Pecquet, en 1766, fit pressentir les rapports de ces kystes avec le tænia ; le naturaliste Pallas et Otto Fabricius, en 1767-1781, émirent l'opinion que le cysticerque pouvait provenir du tænia.

Les helminthologistes de la première moitié de notre siècle expliquèrent la présence des cysticerques dans le cerveau par la génération spontanée. En 1842, Stenstrup

fit connaître sa théorie sur la génération alternante, résumée en ce principe que : des individus se forment dans un milieu déterminé et se développent dans un autre milieu.

On rechercha alors les rapports qui pouvaient exister entre le tænia d'un animal et les cestoïdes des animaux dont il fait sa proie. De Siébold et Thompson constatent, en 1844, que le scolex du tænia du chat est semblable à celui du cysticerque de la souris. Kücheemeister prit, en 1851, l'initiative d'une série d'expériences sur l'alternance de la génération des cestoïdes. Bientôt après, Leuckart, Humbert, Paulet au Val-de-Grâce, Redon, firent des expériences analogues, donnant tantôt un résultat positif, tantôt un résultat négatif.

Cependant certains faits demeurent acquis à la science. Le cysticerque est la larve du tænia ; introduit dans le tube digestif d'un animal, il donne naissance à un tænia, et, réciproquement, des œufs de tænia, c'est-à-dire un proglottis, introduits dans le tube digestif d'un animal déterminent des cysticerques.

Mais quel est le cysticerque du tænia solium ? — Est-ce le cysticerque ladrique du porc exclusivement, ainsi qu'on l'admet généralement ? — Le bœuf peut porter des cysticerques ; Arnould a trouvé à Constantine un cysticerque sur un filet de bœuf, Cauvet l'a vu sur la paroi de l'estomac du même animal, Bremser en a trouvé deux fois dans le cœur du bœuf.

Les vésicules cystiques que nous avons recueillies sur le cerveau de B... avaient une forme arrondie, de 13 millimètres de diamètre, renfermant un liquide incolore. On distinguait par transparence un petit corps blanc, ressemblant à un grain de riz, fixé sur sa paroi interne. La vésicule caudale incisée, on constate que ce petit grain blanc est formé par une petite vésicule contenant un cysticerque. Ce cysticerque est constitué par un

corps blanc, plissé transversalement, de trois millimètres de longueur ; la tête ou scolex est tétragone, terminée, sur le prolongement de l'axe, par une saillie conique, le *rostre*, qui proémine en avant du scolex. Ce rostre porte quatre dépressions ovalaires, appelées *ventouses*, entourant une couronne formée par une série de 29 à 32 crochets, rangés par paires, un grand et un petit, placés en rayonnant du centre vers la circonférence, la pointe tournée en dehors.

L'examen du rostre ou proboscide (πρό devant βόσκω paître) sur une projection solaire, donnant un agrandissement de mille diamètres, montre que chaque crochet, vu par sa face latérale, a la forme d'une faucille. La portion externe ressemble à la griffe crochue et acérée d'un carnassier, c'est donc à juste titre qu'on la nomme *griffe*. La portion interne, plus courte, terminée par une extrémité arrondie, représente le manche d'un couteau, ce qui lui a valu le nom de *manche*. La partie intermédiaire offre une saillie du côté de la concavité, assez analogue à la garde du sabre-bayonnette, on l'appelle la *garde ou le talon;* c'est l'apophyse articulaire du crochet. Les grands crochets ont une longueur de 16 centièmes de millimètre, les petits ont de 10 à 11 centièmes de millimètre. La griffe du crochet est formée par une substance nacrée compacte, qui revêt la face supérieure, inférieure et la pointe très acérée. Les faces latérales offrent l'aspect de trabécules osseux. L'apophyse articulaire repose dans une sorte de fossette, nettement apparente sur les proboscides dépourvus de quelques crochets. Ces fossettes articulaires sont placées sur une même ligne circulaire pour les grands comme pour les petits crochets, ainsi que le montre la planche microphotographique ci-jointe, de sorte que la pointe de ces derniers, plus courts, n'atteint pas la ligne circulaire formée par la pointe des grands crochets. La désigna-

tion de *double couronne* de crochets, donnée par la plupart des auteurs, n'est donc pas justifiée.

Tous les cysticerques du cerveau que j'ai examinés, présentaient, au niveau des apophyses articulaires, une zone circulaire, formée par des grains polyédriques, irréguliers, de pigment noir. Ce pigment se retrouve disséminé sur les ventouses, principalement suivant leur grand axe.

L'image fournie par la projection lumineuse de ces proboscides est entièrement semblable à celle que présente le scolex de deux tænias rendus par des hommes jeunes, à l'hôpital militaire de Versailles, c'est-à-dire loin du lieu habité par B... On observe le même agencement, le même degré de courbure des crochets, la même disposition des grains polyédriques irréguliers de pigment noir en zone annulaire et sur les ventouses.

Ce caractère a été peu signalé. Laënnec en fait la remarque en 1804, à propos d'un cysticerque trouvé sur la dure-mère d'un homme mort d'apoplexie à l'hôpital Saint-Antoine. Maurice Raynaud a mentionné également la coloration pigmentaire d'un cysticerque trouvé libre dans le quatrième ventricule du cerveau d'un homme mort à l'hôpital Saint-Antoine en 1872. G. Davaine en parle aussi, mais il attribue la présence de ce pigment à une altération sénile; il est cependant difficile d'admettre qu'une altération sénile se présente, chez les individus, sous la forme régulière d'une zone annulaire et d'un semis transversal sur les ventouses, à l'exclusion de tout autre point de la surface du rostre.

J'ai examiné quelques centaines de scolex de cysticerques ladriques du porc, aucun n'a présenté, plus ou moins, la trace de ce pigment ; les crochets sont plus longs (0^m18 à 0^m20), et moins arqués que ceux du cysticerque du cerveau de B... En outre il importe de remarquer que les Juifs et les Arabes de l'Algérie, qui ne

mangent pas du porc, sont souvent atteints du tænia.

Il ressort de cet examen : que le scolex des cysticerques trouvés dans le cerveau de B... est complètement identique au scolex du tænia solium; mais qu'il diffère notablement du scolex des cysticerques ladriques, qu'il n'existe aucune identité entre le scolex du cysticerque ladrique et celui du tænia solium.

NOTE SUR L'HYSTÉRIE

CONSÉCUTIVE AUX TRAUMATISMES GRAVES

Par M. G. LYON

Interne des Hôpitaux

I

Il nous a été donné d'observer dans le service de notre excellent maître M. le Dr Luys, un cas d'hémianesthésie hystérique, qui prête à quelques considérations intéressantes, eu égard aux circonstances dans lesquelles ces troubles de la sensibilité se sont développés.

On sait que l'hystérie est plus fréquente de nos jours qu'elle ne l'était autrefois ; on sait que l'hystérie masculine, considérée il y a quelques années comme si rare qu'elle était niée par beaucoup de médecins, est aujourd'hui de constatation banale, et M. le Dr Batault, dans une thèse récente, a pu réunir 209 cas d'hystérie observés chez l'homme.

De nombreuses causes, telles que la vie dans les grandes villes, le surmenage intellectuel, les progrès de

l'alcoolisme, la lutte de plus en plus âpre pour l'existence, ont contribué au développement de l'hystérie et fait de notre siècle le siècle des névroses. D'autre part, les nombreux travaux dont l'hystérie a été l'objet dans ces dernières années et dont tout l'honneur revient à l'école de la Salpêtrière, ont permis de mieux délimiter le cadre de cette affection, et de rattacher à l'hystérie un certain nombre de troubles nerveux, survenus à la suite de traumatismes ou dans le cours de quelques intoxications.

L'étude des symptômes de l'hystérie et surtout de ses causes a donc fait un grand pas ; mais il s'en faut de beaucoup que la lumière ait été faite sur tous les points ; à mesure que l'étiologie de l'hystérie paraissait plus complexe, plus difficile aussi devenait l'interprétation de certains faits ; dans quelle mesure, par exemple, l'alcoolisme, le saturnisme, l'hydrargyrisme, la syphilis, les traumatismes, peuvent-ils être incriminés comme fauteurs d'hystérie et de quelle façon s'exerce leur influence ?...

Medici certant, adhuc sub judice lis est.

II

En ce qui concerne le traumatisme, on sait que la nature hystérique de certaines arthrites et contractures a été soupçonnée par Brodie dès 1837 et par quelques autres après lui; mais ce n'est qu'en ces dernières années, à la suite des travaux des auteurs anglais et américains sur les maladies nerveuses déterminées par les accidents de chemins de fer, et grâce aux nombreuses leçons faites par M. le professeur Charcot, qu'a été constitué le chapitre de l'hystérie traumatique ; la thèse

récente de notre collègue Berbez est le travail le plus complet que l'on puisse consulter sur ce point (1).

A la suite d'un traumatisme le plus souvent insignifiant ou peu de jours après, quelques individus présentent des troubles nerveux qui ne sont pas en rapport avec le faible degré du traumatisme subi ; ils peuvent être atteints de paralysies flasques, de paralysies avec contracture, de contractures douloureuses ou arthralgies ; ces paralysies peuvent se manifester sous forme de paraplégies, hémiplégies, monoplégies, paralysies segmentaires ; les individus qui présentent ces accidents sont le plus souvent des prédisposés, et le traumatisme agit comme agent localisateur, c'est-à-dire que le membre atteint par le choc est celui qui se paralyse ou dont les muscles deviennent contracturés ; mais l'influence du traumatisme paraît se borner là, et l'on accorde habituellement à l'émotion morale qui l'accompagne une influence prépondérante dans la pathogénie des paralysies et autres manifestations nerveuses. Ces paralysies sont analogues à celles que l'on peut déterminer par suggestion, et l'on admet que le blessé s'auto-suggestionne ; il ne sent plus son bras, sa jambe ; l'idée de la perte du membre surprend un cerveau d'une sensibilité extrême et s'impose.

Il nous semble qu'à côté de ces cas d'hystérie locale, il y a place pour d'autres, qui sont peut-être susceptibles d'être interprétés différemment. Le malade dont nous allons rapporter l'histoire a été victime, lui, d'un traumatisme grave ; il a fait une chute sur la tête, d'un lieu élevé ; néanmoins l'accident n'a été suivi d'aucun phénomène anormal et ce n'est qu'au bout d'un an environ que l'hystérie s'est developpée chez lui, précédée pendant quelques mois de modifications du caractère, de céphalalgie, de palpitations. Nous avons recueilli un

(1) Voir également la « Revue des cas de paralysies hystéro-traumatiques » par M. Poupon. *Encéphale*, 1886, N° 1.

certain nombre de faits analogues, c'est-à-dire de cas d'hystérie développés à plus ou moins longue distance, d'un traumatisme grave (chute ou coups sur la tête, chute sur la pointe des pieds) ; l'hérédité nerveuse y fait défaut parfois ; en tous cas il semble difficile d'admettre que l'émotion, l'influence psychique aient joué alors un rôle, et le traumatisme, la *commotion cérébrale* doivent être mis en cause ; ces cas n'ont pas été groupés jusqu'à présent ; nous croyons cependant qu'ils doivent rentrer dans le cadre de l'hystérie traumatique, au même titre que l'on considère comme d'origine traumatique nombre de cas de paralysie générale, d'épilepsie, de tabes, de paralysie agitante, voire même de somnambulisme (1) survenus dans des circonstances analogues.

III

Observ. I (*personnelle*). — Le nommé D... (Joseph), âgé de 31 ans, serrurier, entre le 26 février 1887, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Ferdinand, lit n° 11 (Service de M. Luys). Sa mère est morte de la poitrine ; son père qui s'est marié deux fois tousse et depuis longtemps est atteint d'une extinction de voix.

Du premier lit, D... a eu un frère mort en bas âge de méningite tuberculeuse, et une sœur morte de tuberculose pulmonaire ; du deuxième lit, un frère qui a eu des abcès scrofuleux et a été envoyé à l'hôpital de Berck-sur-Mer ; enfin une sœur morte phtisique à l'âge de dix-sept ans.

Les parents n'étaient pas nerveux ; aucuns renseignements sur les autres membres de la famille.

A l'âge de neuf ans, incontinence nocturne des urines ; pas de maladies graves pendant l'enfance et l'adolescence.

En 1884, D... a eu un érysipèle de la face, suivi d'un phlegmon du cou (ouvert par M. Tillaux). D... a eu plusieurs blennorrhagies, pas de syphilis ; depuis plusieurs années il boit en moyenne deux à trois litres de vin par jour et des liqueurs.

(1) M. Mesnet dans un mémoire intitulé : *De l'automatisme de la mémoire et du souvenir*, a relaté l'histoire d'un somnambule traumatique, 1874.

En avril 1886, D... travaillait sur le rebord d'une fenêtre, lorsqu'il perdit l'équilibre et fit une chute sur des gravats, de la hauteur du deuxième étage. Il perdit connaissance, on le transporta chez lui et le lendemain il fut admis à l'hôpital Saint-Antoine. La tête avait porté sur les gravats, la région temporo-pariétale gauche avait été contusionnée et il existait sur le côté gauche du front une plaie, de peu de gravité, dont le malade présente la cicatrice; bientôt remis de la commotion qu'il avait ressentie, D... reprit son travail sans que rien ne fût changé dans sa manière d'être habituelle.

Environ quatre mois après l'accident, au mois d'août, il commença à ressentir une céphalée gravative, persistante; son sommeil fut troublé par des rêves, il eut de fréquents accès de palpitations, il consulta un médecin qui lui prescrivit du bromure de potassium; il suivit ce traitement jusqu'au mois d'octobre; ne constatant aucune amélioration dans son état, il se fit admettre à la Charité dans le service de M. Luys où il ne resta que quinze jours. Jusqu'alors rien d'anormal chez lui, à part la céphalée.

En janvier 1887, D... s'aperçut un jour qu'il avait moins de force dans la main gauche, que ses outils s'échappaient de cette main et que cette main était devenue complètement insensible. — En même temps il commença à ressentir des fourmillements dans le côté gauche du corps.

Peu de jours après D... fut pris, pour la première fois, d'une attaque convulsive dans l'atelier où il travaillait; cette attaque dura une demi-heure; ses camarades lui dirent qu'il avait eu des convulsions et qu'ensuite « il s'était courbé en deux » (phase de clownisme); cette attaque fut suivie d'une deuxième, à quelques jours de distance; préoccupé par ces attaques, D... revint à la Charité, le 26 février.

On constate chez lui une anesthésie portant sur les membres du côté gauche, sur la moitié correspondante du tronc et de la face; cette anesthésie est absolue et intéresse les différents modes de la sensibilité générale; on peut enfoncer des épingles profondément sur différents points, sans que D..., dont l'attention est détournée, accuse la moindre sensation; il ne perçoit pas le contact d'une éprouvette remplie d'eau bouillante, non plus que le contact d'un morceau de glace; on peut tirailler, tordre les articulations des doigts sans provoquer de douleur.

La sensibilité à la piqûre est abolie sur la moitié gauche de la langue, la sensibilité gustative également (sulfate de quinine); de même pour l'odorat (ammoniaque, acide acétique); pour l'ouïe, l'oreille gauche ne perçoit pas la montre au delà de 10 centimètres, la droite la perçoit jusqu'à 60 ou 70 centimètres.

Anesthésie pharyngée et cornéenne.

Amblyopie à gauche (l'examen méthodique de la vision n'a pas été fait).

Le dynanomètre donne 35 à gauche, 47 à droite.

La contractilité électro-musculaire est conservée; les réflexes rotuliens paraissent normaux; douleur vive ressentie à la pression du vertex; le testicule gauche est sensible à la pression; toutefois on ne trouve pas de zones hystérogènes. Fonctions digestives régulières; rien aux poumons; le cœur bat avec force et paraît hypertrophié; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Une première application d'aimant ne produit pas le transfert; il est vrai qu'elle fut de courte durée; D... demande son *exeat*, alors qu'on se proposait de l'électriser.

Réflexions — Le père et la mère de D... n'étaient entachés d'aucune tare nerveuse, l'hérédité directe fait donc défaut chez lui; en revanche ses parents étaient tuberculeux. Doit-on prendre en considération, comme circonstance étiologique, chez les sujets hystériques, la tuberculose des parents ? Quelques médecins,entre autres Chairou, M. Grasset,ont émis l'opinion que la tuberculose des parents constituait une cause prédisposante à l'hystérie ; il est certain que l'on trouve fréquemment la tuberculose parmi les antécédents héréditaires dans les observations d'hystérie, mais la tuberculose est une maladie si répandue qu'il est bien difficile de déterminer la quote-part qui lui revient dans l'étiologie de cette névrose.

Il nous faut signaler l'incontinence d'urine qui se montre si fréquemment chez les futurs névropathes, et nous admettons volontiers l'alcoolisme comme cause prédisposante à l'hystérie chez notre malade.

Quoi qu'il en soit, il était fort bien portant jusqu'au moment de sa chute; il éprouve une violente commotion, se rétablit néanmoins assez promptement, et ce n'est qu'au bout de quatre mois qu'apparaissent les signes précurseurs de son mal ; il semble qu'il se fait en lui un

travail d'abord latent, puis se traduisant par quelques maux de tête et aboutissant finalement à l'attaque convulsive et à l'hémianesthésie, neuf mois seulement après le traumatisme.

Remarquons incidemment que le traumatisme a porté sur la tête et que les troubles sensitifs revêtent la forme hémiplégique, qu'ils sont à gauche, c'est-à-dire du côté qui fut contusionné.

Il est permis de supposer qu'un certain nombre de cas d'hystéro-épilepsie consécutifs à des traumatismes cérébraux ont été méconnus et pris pour des cas d'épilepsie pure. Suivant la remarque de Bauchet (1) « On trouve dans les auteurs des exemples assez nombreux d'épilepsie développée à la suite de lésions traumatiques de l'encéphale, mais la concision regrettable avec laquelle ces faits sont en général relatés, éveille dans l'esprit du lecteur un doute involontaire. On se demande quelle est au juste la nature des accidents qui ont été observés. S'agissait-il d'une épilepsie franche, véritable, avec tous ses symptômes classiques, avec son cortège ordinaire de phénomènes, avec ses retours habituels, etc., ou bien simplement de quelques accès convulsifs simulant l'épilepsie, de quelques attaques épileptiformes, accidentelles et isolées ?..... »

L'insuffisance de détails, dont se plaint Bauchet, nous empêche de revendiquer à l'actif de l'hystérie un certain nombre d'observations dites d'épilepsie causée par des traumatismes et dans lesquelles des troubles de la sensibilité générale et sensorielle sont mentionnés. Nous négligerons ces observations déjà anciennes et écourtées pour ne retenir que quelques cas analogues au nôtre et de publication relativement récente ; en voici le résumé :

(1) Bauchet. — *Lésions traumatiques de l'encéphale*, thèse d'agrégation, 1860.

Observ. II (1). — Buissières (Jean), âgé de 23 ans, soldat au 89e de ligne, entre dans le service de M. le professeur Morache au Val-de-Grâce, le 25 février 1872.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel. Pas de syphilis. Traumatisme il y a quatre ans. Cet homme fit une chute sur le côté droit et se fit en outre une plaie à la tête dont il est facile de voir la cicatrice adhérente, longue de 6 centimètres environ sur le pariétal droit, auprès de la suture sagittale. Il n'a pas de dépression du crâne en cet endroit.

Le 5 décembre 1870, il s'aperçut que les doigts de la main droite étaient morts, ils étaient blancs et le malade ne les sentait pas, ce phénomène n'a occupé que les doigts et encore les deuxièmes et troisièmes phalanges; pas de douleurs ni d'élancements ; au bout de six ou huit heures ces phénomènes avaient disparu. Ils se reproduisirent le 10 février 1872. Le 18 février le malade était en train de manger lorsque sa cuiller lui tomba des mains et l'affection gagna peu à peu les doigts, la main, puis l'avant-bras.

A son entrée (25 février) on constata que les doigts de la main droite étaient fléchis dans la main; celle-ci est droite, pas d'œdème, ni de gonflement. Les doigts sont froids, glacés, la main également, quoique un peu moins, l'avant-bras a conservé sa température; celle de la main gauche est de 35°,2; celle de la droite est de 29°. L'anesthésie est complète dans tous les doigts de la main et les deux tiers inférieurs de l'avant-bras sur toutes les faces; analgésie dans les mêmes points. Dans le bras et le tiers supérieur de l'avant-bras, la sensibilité au toucher et à la douleur est conservée, ainsi que la sensibilité au froid et au chaud. Il y a parésie motrice, le malade peut, quand on le lui ordonne, faire quelques mouvements avec les doigts, mais ces mouvements sont très restreints; les mouvements du poignet sont impossibles; ceux de l'épaule et du coude sont conservés.

Pas d'atrophie musculaire; aucune altération des membres supérieurs et inférieurs gauches. Intelligence nette. Un point douloureux au niveau de la sixième vertèbre cervicale.

Aucun changement jusqu'au 15 mars; à cette date, le malade, étant couché, est pris subitement de convulsions très violentes; *le médecin de garde appelé auprès de lui déclara qu'il lui fut impossible de voir dans ces convulsions une attaque d'épilepsie; elles ressemblaient bien plutôt à celles de l'attaque d'hystérie*. A partir de ce moment il y eut un amendement des phénomènes; et le malade part, guéri, à la fin de

(1) Thèse de Doctorat de Dufour, 1872 : *De quelques accidents consécutifs aux lésions traumatiques du crâne et de l'encéphale.*

mars, ne présentant qu'un peu de faiblesse relative dans les membres atteints, et n'ayant plus eu d'attaques.

Cette observation est certainement bien incomplète et incorrecte (à cette époque on ne recherchait pas les stigmates hystériques); néanmoins il semble bien qu'il s'agit dans ce cas de manifestations hystériques; le point douloureux vertébral, la disposition bizarre de l'anesthésie qui s'accompagne de parésie motrice, l'attaque convulsive, la disparition rapide des phénomènes, leur réapparition à plusieurs reprises, plaident en faveur de cette hypothèse.

OBSERV. III (1). — Le nommé Zehler (Joseph), âgé de 21 ans, vérificateur, entré le 25 juillet 1877, à l'hôpital Lariboisière. (Service de M. Proust.)

Pas d'antécédents héréditaires; de plus sa jeunesse n'a rien présenté de particulier.

Au mois de janvier 1877, chute d'un troisième étage *sur le côté gauche;* perte de connaissance pendant un quart d'heure; trois semaines après première attaque d'hystérie; le malade entre à l'hopital Saint-Antoine, où pendant deux mois les *attaques sont incessantes;* de cinq heures du matin jusqu'à sept heures du soir, il n'avait pas deux heures de repos. A ce moment pas de paralysie ni d'anesthésie; au bout de deux mois et demi les attaques cessent peu à peu et le malade sort guéri vers la fin de juillet. Au commencement de septembre il est pris de céphalalgie occipitale, et vers le commencement de novembre devient hémiplégiqne du côté *gauche;* l'hémiplégie s'accompagne de contractures et d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle.

OBSERV. IV (2). — Il s'agit d'un jeune homme ayant eu quelques antécédents nerveux (sa mère était impressionnable, se mettait facilement en colère; lui-même avait eu de l'incontinence d'urine diurne et nocturne jusqu'à sept ans; et à douze ans il avait été atteint d'un torticolis clonique qui disparut au bout d'un mois par les douches et la gymnastique). Il fit le 1er septembre 1876 une chute de la hauteur d'un troisième étage, sur la pointe des pieds; porté sans connaissance à l'hôpital Cochin, il resta huit jours dans le coma

(1) Thèse de Doctorat de Maricourt : *Hystérie chez l'homme* 1877.
(2) Ferdinand Dreyfous. — *Gazette médicale de Paris*, 1878.

et fut pris ensuite d'accidents épileptiformes. Avant cette époque il n'avait jamais eu d'accidents convulsifs et il n'en eut plus après jusqu'au mois d'octobre 1877; le 11 octobre 1877 il eut sa première attaque d'hystérie; à partir de ce moment les attaques se succédèrent à raison de plusieurs par jour, et l'on put alors constater de l'hémianesthésie, du rétrécissement concentrique du champ visuel, etc. Il s'était donc écoulé un an entre la chute et l'apparition des stigmates hystériques.

Observ. V (1). — Un jeune homme de vingt ans, dont le père et les frères étaient en parfaite santé, dont la mère souffrait de névralgies, et qui lui-même avait eu une incontinence d'urine prolongée, mais s'était toujours bien porté, fit une chute du haut d'un toit en octobre 1878; il eut ses premières attaques convulsives en août 1879; elles avaient été précédées pendant plusieurs mois de maux de tête, de vertiges, d'accès d'oppression nerveuse et de constriction à la gorge; on constata leur nature hystérique.

« S'il s'agissait d'une épilepsie proprement dite, conclut M. Hallopeau, on tendrait plutôt à la rattacher au traumatisme considérable subi par le malade vers la fin d'octobre de l'année dernière, le temps écoulé ne pourrait pas être une raison suffisante pour écarter cette étiologie. »

Observ. VI (2). — Un matelot fit une chute, le 1er juin 1879, d'une hauteur de 35 mètres, sur un hauban en fil de fer, il resta trois jours sans connaissance et eut un écoulement de sang par l'oreille (fracture du rocher?); le 6 juin il eut des attaques convulsives pour la première fois; elles ne se reproduisent plus du mois de juin au mois de novembre, puis elles revinrent; le malade entra alors à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Proust, où l'on constata une hémianesthésie du côté gauche, avec des attaques hystériques extrêmement violentes (huit à dix par jour); plus tard ce malade fut soigné par M. Desnos.

Observ. VII (3).— Imeneræt, âgé de 52 ans, fait le 30 avril 1874 une chute du haut d'un échafaudage et se fait une plaie de la région pariétale *gauche;* transporté sans connaissance à la

(1) Hallopeau. — *Gazette des Hôpitaux*, 1879, p. 731.
(2) Desnos. — *Gazette des Hôpitaux*, 1880, page. 922.
(3) Debove. — *Union Médicale*. Tome XXXV. 3e série.

Charité, il en sort trois semaines plus tard complètement guéri; il reprend son travail, mais s'aperçoit d'une gêne croissante dans le membre supérieur gauche.

Le 10 juillet, *deux mois et demi après sa chute*, il perd subitement connaissance dans la rue; transporté à l'Hôtel-Dieu il ne revient à lui que trois jours après, il avait alors une *hémiplégie gauche* intéressant le mouvement, la sensibilité générale et spéciale. A ce moment survinrent des crises nerveuses se répétant toutes les semaines, pendant lesquelles le malade parlait à haute voix, avait le délire. Pendant quatorze mois il dut garder le lit à cause de son hémiplégie, puis sa situation s'améliora d'une façon suffisante pour qu'il pût travailler, lorsque survint (à Bicêtre où il était entré en 1878) une paraplégie qui s'installa subitement et disparut de même au bout de quinze jours, l'hémianesthésie du côté gauche persistant seule, ainsi qu'un certain degré de parésie motrice du même côté

« Une lésion cérébrale, due à un traumatisme, ajoute M. Debove, n'est guère probable, la lésion aurait eu lieu par contre-coup, la cicatrice due à la chute étant sur le pariétal gauche et l'hémiplégie étant gauche. »

Mais il s'agit évidemment d'hystérie dans ce cas, et M. Debove conclut dans ce sens; les attaques, l'hémianesthésie, la paraplégie passagère en sont des preuves suffisantes; or, toutes les fois que des hémiplégies hystériques succèdent à un traumatisme, elles apparaissent du côté où le traumatisme a porté, celui-ci agissant comme agent localisateur.

OBSERV. VIII (1). — Morisani a rapporté en 1884 un cas fort intéressant d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle *droite*, survenue chez un homme qui avait reçu, *dix mois* auparavant, un violent coup de pioche sur le *côté droit du crâne*. Le malade mourut des suites d'une trépanation pratiquée pour le débarrasser de douleurs de tête très intenses. On s'attendait à trouver à l'autopsie une lésion en foyer dans la région capsulaire de l'hémisphère gauche, mais on n'y rencontra rien qui pût fournir l'explication des symptômes observés.

(1) Dominico-Morisani. — *Contribuzione allo studio delle localizazioni cerebrale. Emianestesia da trauma. Trepanazione del cranio.* Giornale di Neuropatologia, 1884. Cité par M. Pitres. *Anesthésies hystériques.* Bordeaux, 1887.

Observ. IX (1). — Un homme de vingt-trois ans fit une chute dans un escalier, contre les marches duquel il se heurta violemment la tête. A la suite de cette chute, il perdit connaissance et fut transporté à l'hôpital, où rien de particulier ne fut d'abord noté : mais au bout de quelques jours, il présentait une hémianesthésie du côté droit, puis un peu plus tard, des attaques d'hystérie des mieux caractérisées et des plus intenses. Une nuit il eut quinze accès successifs accompagnés de grands mouvements, etc. En outre, au niveau du pariétal droit, on constatait une zone hystérogène très nette. Actuellement les attaques subsistent, mais moins fréquentes.

Cet homme ne présente aucun antécédent nerveux héréditaire ou personnel; ses parents, ses frères et sœurs sont exempts de toute tare nerveuse; un an auparavant il avait également été victime d'un traumatisme grave; en marchant dans un théâtre sur une trappe non fermée, il était tombé d'une hauteur de 10 mètres.

Observ. X (2). — Jeune homme atteint d'hystérie grave (hémianesthésie gauche, troubles oculaires, attaques convulsives). Il offre en outre une déformation considérable du bras droit, résultat d'un traumatisme très grave subi dans son enfance : à quatre ans et demi, une voiture pesant plus de 1,000 kilogr. lui a passé sur le bras; il a eu des fractures multiples, une plaie de tête qui l'ont condamné au séjour au lit pendant quatre ans. Il en est résulté un arrêt de développement du membre supérieur droit qui est considérablement atrophié; cependant les muscles se contractent sous l'influence de l'électricité. Quant à l'hémianesthésie, elle s'est développée à la suite du traumatisme, et les attaques convulsives sont survenues au bout de trois ou quatre ans.

Les parents et les grands parents de ce jeune homme sont sains, mais une sœur a des attaques d'hystérie.

M. Féréol admet que l'hystérie est contemporaine du traumatisme; ce dernier n'aura fait que donner l'éveil à la névrose qui était en puissance chez le sujet; celui-ci y était prédisposé puisque sa sœur est elle-même une hystérique.

(1) Debove. — Communication à la Société médicale des Hôpitaux. Séance du 14 octobre 1887.

(2) Féréol. — Société médicale des Hôpitaux. Séance du 27 novembre 1885.

IV.

Quatre questions se posent :

1. S'agit-il d'hystérie ?

2. Y a-t-il relation de cause à effet entre le traumatisme et les manifestations hystériques développées par la suite ?

3. Le traumatisme crée-t-il de toutes pièces l'hystérie ou n'agit-il qu'à titre de cause occasionnelle ?

4. Quelle est la pathogénie de cette action ?

1. L'hystérie n'est pas douteuse dans les quelques observations que nous avons résumées ; son existence est suffisamment prouvée par la nature des paralysies toujours accompagnées d'anesthésies (celles-ci pouvant exister seules), par leur disparition spontanée, leur réapparition, par les troubles sensoriels, par les attaques, la constatation des stigmates (anesthésie pharyngée, rétrécissement du champ visuel, zones hystérogènes, points douloureux vertébraux, etc.) Telle n'est point l'opinion des auteurs allemands Oppenheim et Thomsein ; ils ont observé l'hémianesthésie sensitive et sensorielle chez des individus victimes d'accidents de chemin de fer ou d'autres accidents, et ayant subi, soit un choc sur la tête, soit une commotion ou un ébranlement général, et ne veulent pas reconnaître qu'il s'agit d'hystérie dans ces cas : pour eux c'est quelque chose de particulier, un état pathologique qui demande à prendre une place non encore occupée dans les cadres nosologiques, (1) mais ils ne donnent aucune raison valable à l'appui de leur dire.

2. Il est inutile d'insister sur la corrélation qui existe entre le traumatisme et les troubles nerveux consécutifs, ceux-ci, que l'on trouve prédisposition héréditaire ou non, ne s'étant manifestés qu'à la suite de l'accident.

3. On admet généralement, avons-nous dit, que le

(1) Lober. — Thèse d'Agrégation, 1886.

traumatisme ne détermine l'hystérie que s'il atteint un prédisposé, l'hérédité restant, suivant l'expression de Trélat père, (1) la cause des causes; de plus le traumatisme n'aurait que peu d'influence, à côté de la part qu'il convient de faire à l'impression psychique dans la genèse des accidents. Tous les malades cependant ne présentent pas des antécédents nerveux; sur les 21 observations d'hystéro-traumatisme consignées dans la thèse de M. Berbez, il y en a seulement 9 qui en offrent; c'est à peu près la proportion assignée par Briquet aux cas d'hystérie héréditaire. Faut-il croire que dans quelques circonstances, les antécédents ont pu échapper, soit par la faute du malade donnant des renseignements incomplets ou inexacts, soit pour toute autre cause, ou bien doit-on penser que le traumatisme est parfois capable, en dehors de toute cause prédisposante, de créer l'hystérie. M. Debove (2) serait enclin à adopter cette dernière opinion. Sans prendre parti, faisons simplement remarquer que sur les dix observations ci-incluses, il est fait mention de quelques antécédents suspects dans quatre d'entre elles, que dans quatre autres on ne relève aucun antécédent, et qu'enfin deux observations sont muettes sur le passé des malades et de leurs ascendants.

« Il faut chercher (3), quand il s'agit d'une affection nerveuse qui paraît s'être développée sous l'influence d'un traumatisme, si ce n'est pas là souvent une manifestation d'un état constitutionnel, d'une prédisposition névropathique dont on ne voit que la cause apparente, le traumatisme. Cela ne signifie pas que nous sommes disposés à nier dans tous les cas l'influence directe, unique du traumatisme. Nous savons que certains traumatismes, comme ceux du crâne, sont considérés comme

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1854.
(2) Communication à la Société médicale des hôpitaux. Séance du 14 octobre 1887.
(3) Bataille. — *Traumatisme et névropathie*, Th. de doctorat 1886.

pouvant créer une névropathie (par exemple la paralysie générale); par la région qu'ils atteignent ils ont sans doute une action plus directe sur les centres nerveux. » Pour Lasègue, le traumatisme crânien crée chez l'individu une prédisposition aux désordres cérébraux et, quand ceux-ci se manifestent, on peut dire de l'individu qu'il hérite de lui-même.

4. Quant à la façon dont le traumatisme agit, nous croyons que dans certains cas il faut lui faire la part plus large. C'est la *commotion cérébrale* qui entre en cause et ses effets se manifestent plus ou moins tardivement. Malgré de nombreuses recherches expérimentales, on est loin d'être fixé sur la nature des désordres provoqués par cette commotion. Les troubles de la sensibilité seraient le résultat d'une inertie fonctionnelle qui paraît résider dans les organes des sensations brutes, c'est-à-dire dans les amas de cellules ganglionnaires de la base de l'encéphale; c'est du moins l'hypothèse que fait M. Pitres (1). Il montre en effet que l'anesthésie hystérique ne présente les caractères cliniques ni de l'anesthésie corticale, ni de l'anesthésie périphérique, tandis qu'elle offre au grand complet la symptomatologie des anesthésies des centres basilaires, «l'inexcitabilité de l'organe des sensations, dont nous sommes conduits à supposer l'existence, peut se produire dans certaines circonstances pathologiques encore mal définies, particulièrement à la suite des commotions encéphaliques ou des ictus apoplectiformes sans altérations matérielles appréciables. »

Cette théorie des anesthésies basilaires est fort ingénieusement exposée dans le travail de M. Pitres; est-il besoin de dire qu'elle demeure purement hypothétique, comme toutes les autres théories émises à ce sujet?

(1) Pitres. — *Des anesthésies hystériques*. Bordeaux, 1887.

V.

En résumé, il paraît résulter des faits que nous avons exposés qu'il y a des distinctions à établir parmi les cas d'hystéro-traumatisme. Dans le plus grand nombre, les manifestations hystériques succèdent immédiatement ou presque immédiatement au traumatisme; un individu reçoit un coup sur l'épaule, le lendemain ou deux ou trois jours après apparaît une monoplégie brachiale; les accidents se localisent tout d'abord dans le membre ou le segment de membre lésé; à côté de ces cas qui ont attiré plus particulièrement l'attention des cliniciens, en raison des difficultés de diagnostic qu'ils présentaient et des mécomptes auxquels ils ont donné lieu au point de vue médico-légal, il en est d'autres qui succèdent à des chocs violents de l'encéphale; le blessé se remet en apparence complètement, et il peut s'écouler un temps souvent fort long avant l'apparition des manifestations hystériques; dans le premier cas, traumatisme léger, influence morale prépondérante; dans le second cas, *commotion cérébrale*, déterminant dans les cellules cérébrales une altération moléculaire qui se traduit plus ou moins tardivement par des troubles fonctionnels de nature variée. La prédisposition nerveuse est-elle nécessaire? Quelques-uns pensent que non; il faudra évidemment réunir un plus grand nombre de cas, avant de poser une conclusion ferme à cet égard.

Les ébranlements violents du système nerveux donnent toujours lieu à des hystéries graves, accompagnées d'attaques multipliées, à des *hémiplégies motrices* avec *hémianesthésie*, ou seulement à des hémianesthésies; ces désordres surviennent toujours du côté qui a subi la violence, ce qui écarte l'idée de toute lésion organique.

ARCHIVES CLINIQUES

DEUX CAS DE TUMEUR CÉRÉBRALE

ÉPILEPSIE CONSÉCUTIVE

Par le Dr ROUSSEAU

Médecin directeur de l'Asile d'Auxerre

L'élément convulsif constitue une des manifestations symptomatiques fréquentes des tumeurs cérébrales, puisqu'on le constate à peu près dans les deux tiers des cas. Quant à l'épilepsie, elle se montre plus rarement, et son coefficient ne figure guère que pour un quart dans les faits qui ont servi de base à la statistique. Elle peut s'accompagner d'accidents ou de complications qui amènent le médecin à reconnaître son origine, mais, dans certaines circonstances, elle simule de la façon la plus complète l'épilepsie essentielle, et se montre même sensible, au moins pour quelque temps, à l'action des médicaments spéciaux qui modifient avantageusement cette dernière. D'autre part, il y a lieu de remarquer que la forme vertigineuse n'a presque jamais été notée par les auteurs qui décrivent presque exclusivement la forme convulsive du mal comitial dans les néoplasies du cerveau.

Voici deux observations qui nous semblent présenter de l'intérêt, non seulement à cause de la situation et de la nature des tumeurs; mais encore en raison de la multiplicité et l'intensité du processus convulsif

Observation 1re. — Le nommé B..., Louis-Eugène-Arthène est entré dans l'établissement le 24 novembre 1875. Il est

atteint d'épilepsie, avec réaction lypémaniaque. Cette affection s'est déclarée il y a 6 ans, à la suite de troubles cérébraux qui ont été considérés comme de nature méningitique et qui ont rapidement disparu. Il n'existe pas d'influence héréditaire. Sa mère, à l'époque de son accouchement était affectée d'une maladie du cœur déjà avancée. Il a appris à lire et à écrire, mais il est incapable de se livrer à aucune occupation. Les crises sont tantôt convulsives, tantôt, seulement vertigineuses; leur fréquence est très variable, la moyenne est de 10 par mois, mais elles dépassent parfois le chiffre de 50. Il sent venir l'attaque, la tête lui tourne, il n'a plus la conscience des objets extérieurs, il pâlit, l'accès a lieu, puis il devient furieux, se précipite sur les personnes qui l'entourent et les frappe à coups redoublés. C'est surtout après les vertiges qu'il se montre le plus dangereux.

En 1881, des troubles hallucinatoires se produisent et déterminent de tels accès d'agitation qu'on est obligé, à maintes reprises de l'isoler au quartier cellulaire.

Dans certains moments, le processus épileptique se larve et est remplacé par des manifestations mélancoliques et hypochondriaques. Tout le corps lui fait mal, ses yeux ne peuvent supporter la lumière, il tremble et ne trouve aucune position pour se reposer. D'autres fois, il ne veut plus parler et ne correspond qu'au moyen de signes. Il écrit que s'il agit de la sorte c'est pour se punir des fautes qu'il a commises. Puis il tombe dans la stupeur et ne se rappelle rien de ce qui s'est passé. Parfois aussi il refuse toute nourriture et, comme pour le mutisme volontaire, c'est par esprit de pénitence; mais la crainte de la sonde œsophagienne suffit pour vaincre sa résistance et lui faire accepter les aliments.

Dans l'intervalle des crises et du délire, il revient à un état de santé très satisfaisant. Le tête est libre, indolore, sa conduite est régulière et on l'emploie comme expéditionnaire dans les bureaux de l'établissement.

Les différentes médications, auxquelles il a été admis, l'ont soulagé au début, puis leur action s'est rapidement épuisée. Le bromure de potassium n'a eu pour résultat que de faire prédominer les accidents vertigineux au grand détriment du patient dont la situation devenait insupportable.

12 janvier 1884. — Après quelques jours de malaise, survient chez notre malade un œdème généralisé. Les bruits du cœur sont réguliers; pas d'albumine dans les urines, mais seulement un peu de sucre. Les poumons sont aussi très œdématiés et font entendre des râles crépitants dans toute leur étendue. B... s'affaiblit rapidement et succombe le 15 du même mois.

Autopsie. Les os du crâne sont éburnés. Au niveau de la suture

bipariétale, en arrière et de chaque côté, les corpuscules de Pacchioni constituent par leur hypertrophie deux véritables petites tumeurs. Celle de gauche est assez volumineuse, elle offre les dimensions d'une noix très aplatie; la droite est grosse comme un pois. Ces productions ont déterminé chacune, dans la région osseuse correspondante, une forte dépression.

Poids	de l'hémisphère cérébral droit...	570 gr.
—	de l'hémisphère cérébral gauche.	550 »
—	du cervelet, bulbe, isthme......	180 »
Poids	total de l'encéphale............	1300 »

Le cerveau ayant été extrait de la boîte osseuse, on aperçoit à sa base à la partie médiane du lobe temporo-sphénoïdal, une tumeur régulièrement arrondie, aplatie et mesurant un diamètre de 25 millimètres. Elle ne s'étale qu'au niveau de la substance corticale et se retrécit en pénétrant dans l'épaisseur du tissu nerveux. Elle s'est en même temps creusé une loge qui n'est séparée du ventricule latéral que par l'épendyme de ce dernier. La communication entre ces deux cavités était donc imminente. Le néoplasme, ainsi que les parties qui lui servent de racine, pèse 15 grammes. Il est composé d'un tissu granuleux, friable, qui s'écrase facilement sous la pression du doigt et qui présente tous les caractères d'un amas tuberculeux.

Les autres parties de l'encéphale sont indemnes de toute lésion.

Les poumons sont farcis de tubercules miliaires. Il existe d'anciennes adhérences pleurétiques.

Le cœur (550 grammes) est volumineux, mais sain.

Le foie (1770 grammes) est gras, décoloré, exsangue.

La rate est friable et ramollie.

Les autres organes sont sains.

Observation 2. — Le nommé R... Michel, âgé de 33 ans, ancien charron, est entré à l'asile le 5 décembre 1882. Il est atteint d'épilepsie compliquée de manie. Cette affection se serait développée il y a 10 ans, à la suite d'une vive frayeur. Il faut encore noter qu'il a eu une fièvre typhoïde très grave à l'âge de 18 ans, et qu'il a fait une chute sur la tête trois années plus tard. On ne connait pas d'aliénés dans sa famille. Les crises, rares au début, sont devenues très fréquentes et même quotidiennes. Elles sont suivies d'excitation et d'impulsions agressives. Les facultés intellectuelles sont affaiblies; il n'a presque plus de mémoire, sa parole est traînante. Il est aussi demi-gâteux. D'autre part : il jouit d'une constitution robuste, sa démarche est normale, ses sens fonctionnent régulièrement.

Les crises affectent principalement la forme convulsive; cependant il en éprouve aussi de vertigineuses. En voici le relevé pendant les quatre années qu'il a passées dans l'établissement.

1883 —	893 —	crises —	58 —	vertiges
1884 —	494 —	» —	36 —	»
1885 —	367 —	» —	2 —	»
1886 —	580 —	» —	11 —	»

Après les crises, il frappe, mord, s'accroche aux personnes qui se trouvent à sa portée et il devient très difficile de s'en débarrasser. Les chutes ont lieu presque invariablement sur le côté droit.

Au mois de mars 1884, il se développe chez ce malade un double hématôme auriculaire.

A la fin de 1885, il manifeste un délire mélancolique. Il éprouve des frayeurs, et cependant il avoue qu'il ne craint pas qu'on lui fasse du mal. On le vole, et il reconnait sa montre et sa chaine au gilet d'une autre personne.

En 1886, il devient de plus en plus irritable et agressif. A la suite de ses crises, il pousse des cris épouvantables qui ont en même temps un caractère plaintif. On croirait qu'on l'égorge.

Il ne s'est jamais plaint de maux de tête qu'après ses attaques. Il a été principalement traité par le chloral dont la dose a été élevée jusqu'à 10 grammes par jour. Il a retiré un certain bénéfice de cette médication, car, pendant l'année 1885 où elle a été en vigueur, la fréquence des crises s'est visiblement modifiée. Il se montrait aussi moins dangereux lorsqu'il se trouvait sous l'influence de cette substance. Au bout d'un certain temps, l'accoutumance s'étant produite, il a fallu y renoncer, ainsi du reste qu'à tout autre moyen thérapeutique.

Le 17 décembre 1886, il se déclare une série de crises d'une violence extrême et qui se succèdent sans interruption. R... tombe dans le coma et succombe le 19, sans avoir repris un seul instant connaissance.

Autopsie. Nous y avons procédé avec le concours de monsieur le Dr Pichenot médecin-adjoint de l'établissement, qui en a dressé le procès-verbal.

Habitus corporis normal, pas d'amaigrissement, système musculaire bien développé. Les os du crâne sont éburnés, les enveloppes du cerveau sont saines, les sinus sont gorgés de sang.

Poids de l'hémisphère droit.....	625	gr.
de l'hémisphère gauche....	635	»
— Cervelet, bulbe, isthme....	150	»
— de la tumeur.............	25	»
— des membranes et perte....	70	»
Poids total de l'encéphale.......	1505	gr.

En examinant la masse encéphalique, on constate immédiatement la présence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, située à la base du cerveau, occupant tout l'espace compris entre le bord antérieur de la protubérance annulaire, les bords internes des lobes sphénoïdaux et la base du lobe orbitaire. Elle est un peu déjetée du côté du lobe sphénoïdal droit qu'elle a déprimée.

Cette tumeur est recouverte par les membranes du cerveau qui n'ont contracté aucune adhérence avec elle. Sa surface est fortement vascularisée.Le chiasma a été conprimé et dévié du côté de l'hémisphère gauche. La branche du nerf optique droit est allongée, grêle et passe par-dessous la tumeur, tandis que la branche gauche, qui a subi aussi une certaine atrophie, en longe le bord correspondant. On ne constate rien de particulier du côté droit des os de la base du crâne.

Cette tumeur est bosselée, non fluctuante; en la comprimant avec les doigts on perçoit une résistance élastique; on a pu l'énucléer facilement et sans l'aide du scalpel. Son pédicule était implanté sur le pédoncule cérébral droit, son poids est de 25 grammes.Elle est constituée par une simple poche kystique dans laquelle on trouve une matière d'aspect sébacé et qui, à la suite de durcissement par l'acide nitrique, se fragmente par la pression en petites masses granuleuses. Sur le bord antérieur de la tumeur se trouve une petite poche indépendante, de la grosseur d'un poids et qui contient un liquide blanchâtre et épais.

La tumeur ayant été enlevée, on distingue parfaitement la loge qu'elle s'est creusée en comprimant peu à peu les parties environnantes : face antérieure de la protubérance, face interne du lobe sphénoïdal droit,espace interpédonculaire et toute la partie médiane de la base du cerveau jusqu'au niveau de la scissure inter-hémisphérique. Le pédoncule cérébral gauche a conservé son volume normal, tandis que le droit est aplati et considérablement atrophié. Ce dernier recouvre ses dimensions naturelles à son point de jonction avec le Pont deVarole; aussi la pyramide correspondante se trouve-t-elle dans un état d'intégrité complète.

Les autres parties du cerveau sont indemnes de toute lésion.

Quant aux viscères thoraciques et abdominaux, ils n'offrent rien de particulier,seul le cœur présente une légère surcharge graineuse.

Discussion. La première observation ne laisse aucun doute sur la manière dont les faits se sont succédés,

chez notre malade; la première localisation de la tuberculose a lieu du côté du cerveau; une tumeur se développe et l'épilepsie apparaît consécutivement. La ressemblance avec la névrose essentielle est frappante et l'on constate tour à tour, les convulsions, les vertiges, l'irritabilité, l'agitation furieuse, les impulsions agressives, le délire mélancolique, hypochondriaque et les troubles sensoriels. Un pareil processus, dégagé de toute complication du côté du mouvement et de la sensibilité générale ou spéciale, rendait donc le diagnostic différentiel impossible. La mort n'a pas été occasionnée par la tumeur cérébrale elle-même, mais par une nouvelle localisation aiguë de la tuberculose sur les poumons, de sorte que en supputant l'espace de temps qui s'est écoulé depuis l'explosion du processus épileptique jusqu'à la mort du patient, on trouve que cette tumeur aurait mis plus de quinze ans à effectuer son évolution.

Dans la seconde observation, les renseignements tendraient à faire considérer l'épilepsie comme la conséquence d'une frayeur; mais il est plus rationnel de supposer que le mouvement émotionnel n'a eu pour résultat que de donner un coup de fouet au processus convulsif jusqu'alors latent et qui devait tôt ou tard éclater, sous l'influence de la compression exercée par la tumeur sur des organes essentiellement excito-moteurs. Dans tous les cas, les symptômes se sont montrés aussi variés et aussi intenses que chez le précédent sujet; seuls, les accidents vertigineux ont été moins fréquents, mais il faut noter que, pendant les deux dernières années de la vie du malade, ils ont été enregistrés avec moins de soin qu'auparavant.

Il y a encore lieu de faire ressortir que, malgré l'atrophie et l'élongation des nerfs optiques, la vue a conservé toute son intégrité. D'autre part, l'atrophie du pédoncule cérébral droit est restée purement locale

et il ne s'est pas manifesté de dégénération descendante comme dans certaines lésions en foyer du cerveau et partant, pas d'atrophie ni de contractures du côté des organes du mouvement.

Ces deux observations sont donc des exemples frappants des surprises que ménage parfois l'autopsie de sujets qui ont succombé à la suite de maladies nerveuses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Année 1887

Séance du 25 avril. — PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — *Quelques cas de morphinomanie chez les animaux*, par LUDOVIC JAMMES.

Dans les pays où l'opium est en usage, il n'est pas rare de voir, chez les fumeurs, des animaux devenus morphinomanes par suite de leur séjour habituel dans les vapeurs de l'opium.

Tantôt c'est un chat qui a l'habitude de venir se placer sur le lit de camp pendant que son maître fume l'opium ; tantôt c'est un singe ou un chien, sur lesquels, souvent, on a voulu tenter une expérience.

Ces animaux sont ordinairement tristes et portés à la mélancolie ; leur physionomie dénote quelque chose d'anormal comme chez le sujet morphinomane, et ils dorment beaucoup plus que les autres animaux de leur espèce. Ils paraissent éprouver les mêmes effets que l'homme, et c'est surtout chez le singe que ces effets sont faciles à constater, peut-être à cause de sa conformation.

Les indigènes prétendent que l'opium produit des effets

merveilleux, même sur les animaux les plus rebelles à la domesticité. J'ai entendu parler d'une panthère toute jeune, qu'un mandarin cambodgien aurait apprivoisée et rendue d'une douceur extrême au moyen de l'opium.

Séance du 9 mai. — *Les vestiges du segment caudal de la moelle épinière et leur rôle dans la formation de certaines tumeurs sacro-coccygiennes.* Note de MM. G. HERMANN et F. TOURNEUX.

Les faits rapportés par les auteurs tendent à démontrer que la portion terminale du névraxe embryonnaire, qui n'avait guère été mise en cause jusqu'ici, si ce n'est pour le *spina bifida*, participe également à la formation de certaines tumeurs sacro-coccygiennes.

Séance du 11 juillet. — *L'antipyrine en injections sous-cutanées, substituée à la morphine.* Note de M. GERMAIN SÉE.

M. Sée expose à l'Académie les résultats obtenus par l'*antipyrine* employée sous forme d'injections sous-cutanées, afin d'augmenter ou de hâter son action et de ménager ainsi les fonctions de l'estomac. La solubilité de l'antipyrine dans l'eau distillée se prête facilement à ce mode d'emploi ; un demi-gramme d'antipyrine dissous dans autant d'eau, constitue la dose nécessaire, que représente la contenance de la seringue Pravaz. L'injection, qui se pratique comme pour la morphine, produit, après une sensation pénible de tension qui dure quelques instants, une rémission considérable de la douleur, quelle qu'en soit la cause.

En établissant la comparaison avec la morphine, on constate facilement que l'antipyrine en injection ne présente aucun des inconvénients presque constamment provoqués par la morphine, tels que les vertiges ou les vomissements, qu'elle ne jette pas le malade dans la somnolence, ni dans ces excitations artificielles qui mènent à la morphinomanie, et qu'enfin, et c'est là le point le plus important, elle joint très souvent à l'action calmante un pouvoir curatif que la morphine ne possède en aucun cas.

Les faits viennent en grand nombre à l'appui de ces données; M. Sée signale entre autres une série de rhumatismes articulaires guéris par deux ou trois injections de 0 gr. 50 d'antipyrine, aidées par l'emploi plus ou moins prolongé de ce médicament pris à l'intérieur ; une goutte aiguë des plus

douloureuses, divers cas de goutte chronique et de rhumatisme noueux singulièrement soulagés et favorablement modifiés par l'antipyrine présentée sous ces deux formes. Parmi les névralgies, M. Sée relève trois tics douloureux de la face, puis il signale trois zonas et fait une mention spéciale pour les ataxiques. Enfin M. Sée a employé avec succès le nouveau traitement contre 1° des coliques hépatiques et néphretiques; 2° des douleurs aiguës chez les cardiaques ; 3° des dyspnées ou oppressions chez les asthmatiques ou névropathiques.

Ainsi conclut M. Sée, il n'existe pour ainsi dire pas une condition morbide où l'antipyrine ne puisse remplacer la morphine, qui semblait devoir s'imposer partout. Si les observations, dont plusieurs collègues de l'Hôtel-Dieu ont bien voulu vérifier l'exactitude sur les malades de leur service, viennent à se multiplier, nous éviterons cette habitude qui tend à envahir la société, en produisant les accidents cérébraux les plus graves, les troubles les plus profonds de l'organisme, connus sous le nom de *morphinisme*. Sans doute, ceux qui ont cette passion ne se contenteront pas de l'antipyrine, qui ne réalise point les sensations et l'ivresse tant recherchées par les malades ; mais elle calme à coup sûr les douleurs, elle diminue immédiatement l'excitabilité reflexe de la moelle épinière, c'est-à-dire les douleurs vagues, générales, nervo-musculaires que produit si souvent l'hystérie ou la névrose. L'antipyrine prendra désormais la place de la morphine, et préservera ceux qui y cherchent à tout prix le remède à leurs souffrances du danger d'un empoisonnement chronique, souvent irrémédiable.

Séance du 26 septembre. — *Sur la pathogénie de la myélite cavitaire.* Note de MM. A. Joffroy et Achard.

Nous avons eu l'occasion d'étudier deux cas de l'affection médullaire, connue sous les noms divers d'*hydromyélie*, de *syringomyélie* (Ollivier d'Angers), de *myélite périépendymaire* Hallopeau), et pour laquelle nous proposons la dénomination de *myélite cavitaire*. Le mot *myélite* marque la nature inflammatoire de la maladie, et l'épithète de *cavitaire* indique le trait le plus saillant et le plus distinctif de la lésion, qui consiste dans la présence de pertes de substance au sein du tissu médullaire.

En résumé, nous regardons l'affection qui nous occupe comme une myélite avec un siège spécial au voisinage de

l'épendyme. Cette myélite détermine l'obstruction des vaisseaux nourriciers de la substance grise situés en ce point, et par suite elle donne lieu à des foyers de ramollissement. La formation de la paroi limitante est postérieure à toutes ces altérations et sa pathogénie serait la même que pour la paroi des anciens foyers d'hémorragie ou de ramollissement du cerveau. On voit combien notre interprétation diffère de celle de John Grimm et des auteurs allemands, qui trouvent dans la constitution de cette fausse membrane vasculaire, bourgeonnante, les caractères d'une tumeur qui serait l'origine de tout le processus, pendant que nous, au contraire, nous ne voyons dans cette paroi que la terminaison de la lésion, un processus de cicatrisation. CH. V.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Année 1887)

Séance du 30 août. — *Du traitement des maux de tête* (céphalées, migraines, névralgies faciales), *par l'antipyrine*, par M. GERMAIN SÉE.

1° Des céphalées. — Elles s'observent non seulement chez les lycéens, mais chez les élèves placés dans les conditions d'hygiène les plus favorables.

Qu'est-ce que ces céphalées graves qu'on observe surtout, mais non exclusivement, chez les élèves doués de la meilleure volonté et des plus belles aptitudes ? Que sont ces maux de tête qui enrayent le travail intellectuel, diminuent par le repos, pour recommencer au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure d'application, et compromettre, en dernier ressort, l'éducation ou même l'avenir des enfants.

Il y a quatre ans, René Blache, et presque en même temps Keller et Charcot ont décrit, sous le nom de *céphalées de croissance*, ces douleurs qui, en effet, se développent chez les enfants adolescents âgés de 12 à 18 ans, c'est-à-dire en pleine croissance, douleurs frontales incessantes et exaspérées par la moindre tentative de travail intellectuel. Je les ai constatées

bien souvent et chez les garçons bien plus que chez les fillettes. Il suffit d'y songer, pour les distinguer de la migraine, qui est toujours hémicranique, accompagnée de troubles visuels, de nausées, de vomissements, pour les dicerner des névralgies faciales, qui sont localisées dans un nerf déterminé, pour enfin les disjoindre des douleurs de tête des enfants anémiques ou chlorotiques, qu'on reconnaît par la décoloration des tissus, par le souffle dans les vaisseaux du cou et dans le cœur, et surtout par la diminution de l'hémoglobine du sang. Ces céphalées peuvent se développer, comme nous le montrerons dans le relevé de nos observations, dans des conditions de scolarité, où il n'y pas le moindre excès, pas même un surcroît de travail; ni, par conséquent, de surmenage cérébral. Dans ces cas, on aura beau supprimer les études d'une manière absolue, prescrire le grand air, les médicaments nervins comme les bromures, les médications névrosthéniques comme l'hydrothérapie, les exercices physiques de toute nature, on n'arrivera à aucun résultat, et il suffira d'une courte application pour ramener immédiatement tout le cortège douloureux des symptômes craniens. La déception sera complète pour l'enfant, les parents et le médecin. Que faire cependant? Interrompre l'éducation et compromettre la destinée de l'enfant? ou bien attendre les bienfaits de la nature, c'est-à-dire de la fin de la croissance, une guérison de ces graves accidents? Jamais une famille ne consentirait à un pareil abandon, que je condamne à mon tour par les raisons suivantes. Après avoir observé un certain nombre de céphalées de croissance, je fus frappé de leur coïncidence fréquente avec l'hypertrophie cardiaque de même origine, de même nature que je fis connaître en 1885, et qui se caractérise par la matité exagérée, le souffle au premier temps et à la pointe du cœur, quelquefois par des intermittences, des palpitations et de la gêne respiratoire. Chez les enfants de 7 à 12 ans, le cœur reste presque stationnaire; de 15 à 20 ans, c'est-à-dire chez l'adolescent, le cœur subit un acroissement rapide qui devance parfois le développement général, et d'autres fois suit avec peine une élongation énorme du corps. Dans ces céphalées d'origine cardiaque, on arrive à des résultats remarquables au moyen de la médication iodurée, aidée de la convallamarine ou de la spartéine, médicaments cardiaques, aujourd'hui classés cliniquement, qui [illegible]sent sur le cœur en soutenant sa force musculaire. [illegible]ement, dans

ces cas, vient confirmer nos prévisions; ces céphalées font partie du processus complexe de la croissance; il s'agit de céphalées indirectes de croissance par suite de l'intervention du cœur physiologiquement hypertrophié.

Une deuxième circonstance peut se produire; elle concerne l'enfant plus jeune; supposez un collégien de 8 à 12 ans qui subit le programme officiel d'études, ou se prépare, pendant huit heures par jour, avec une heure d'interruption appelée récréation, à un examen, il entrera dans une catégorie spéciale de surmenés, je veux dire les surmenés du cœur; le myocarde sera l'aboutissant de tous les vices de nutrition, résultant de l'inanition atmosphérique et alimentaire; loin de s'hypertrophier, comme chez l'adolescent de 14 à 20 ans, le muscle cardiaque restera stationnaire ou même s'affaiblira pendant que le corps s'agrandit et s'amaigrit, c'est la loi physiologique; le cœur, fatigué, se dilatera surtout, si, en même temps, on impose à cet enfant un travail physique excessif, des promenades de 10 à 20 kilomètres, une gymnastique d'acrobate; cet enfant s'épuisera alors, par l'exercice physique et par l'action cérébrale. La règle générale du gymnase obligatoire ira droit à l'encontre du bon sens et des indications vitales.

Ainsi nous avons, en réalité, des céphalées de surmenage scolaire, plus souvent des céphalées de croissance, des céphalées cardiaques, et, chez les jeunes enfants, les débilitations du cœur et du corps. Les difficultés, comme on le voit, seront nombreuses quand il s'agira d'instituer un traitement rationel, qui s'adresse aux diverses causes du mal.

En présence d'un problème si complexe à résoudre, je me suis attaché à combattre un seul élément morbide, mais dominant toute la situation; je veux parler du maître symptôme, c'est-à-dire de la douleur elle-même; sous ce rapport, toutes mes prévisions furent réalisées par l'emploi régulier, continu de l'antipyrine, qu'on peut, d'après les faits acquis, considérer, dès à présent, comme le remède le plus efficace de la douleur. Voici douze faits qui comprennent des adolescents de 13 à 19 ans, dont la plupart étaient atteints de céphalées cardiaques, et qui avaient tous été traités d'une manière infructueuse par les méthodes habituelles. Chez tous, l'antipyrine, administrée à la dose de 2 à 3 grammes par jour, réussit à calmer les douleurs de tête au bout de deux à trois jours et à les faire disparaître complètement au bout de six

semaines à deux mois de traitement antipyrique sans autre adjuvant.

L'Antipyrine qui, d'après l'expérimentation, est le plus puissant modérateur de l'excitabilité du système cérébro-spinal et du cœur, qui, par cela même, constitue le véritable remède antidouloureux, ramène l'activité du système encéphalique à la moyenne normale, dès qu'il est dégagé des sensations morbides ; sous ce rapport, il se produit une véritable *inhibition ;* l'antipyrine est le premier médicament inhibitoire en date et en fait.

II. — *Des migraines.* Elles doivent être distinguées, ce qui est facile, des névralgies ou des névrites, des myosalgies craniennes, des périostites spécifiques ; depuis longtemps je considérais la migraine comme une maladie autonome, très souvent héréditaire, mais indépendante des vices de nutrition générale de l'économie et sans rapport défini avec les organes digestifs. Partant de ces données, et connaissant le pouvoir dépressif de l'antipyrine sur l'excitabilité du système cérébro-spinal, j'ai cru utile et rationel de soumettre tous les migrainés à l'usage de cette médication qu'on peut appeler calmante et *antidouloureuse.* — Voici les résultats de ces recherches thérapeutiques :

Sur 42 malades, la plupart âgés de dix-huit à quarante-cinq ans, je compte 6 jeunes filles dont 3 sont chlorotiques et 2 dyspeptiques ; je trouve ensuite 12 femmes mariées, dont 5 névropathiques, 1 hystérique ; 12 jeunes gens adonnés aux études, mais non surmenés, et indemmes d'ailleurs de toute tare diathésique ou spécifique ; enfin, 12 hommes plus âgés, dont 1 goutteux, 1 néphrétique calculeux, 4 rhumatisants, 5 cardiaques et 2 d'une parfaite santé. — J'ajoute qu'aucun de mes malades (à l'exception de 2) ne présentait le moindre trouble digestif dans l'intervalle des accès ; tous sont des migrainés, comme ils disent, de *profession*, et la plupart d'origine héréditaire. — Tous ont pris l'antipyrine dès le début de l'accès ; 1 gramme au réveil et 1 gramme une heure après. — Chez tous, indistinctement, après la deuxième dose au plus tard, l'accès qui durait habituellement toute la journée et jusqu'après le sommeil de la nuit se trouvait absolument enrayé ; les malades pouvaient immédiatement reprendre leur travail intellectuel ou leurs occupations habituelles. — Le remède était administré dans un demi-verre d'eau fraîche, avant ou en même temps que le thé, le potage ou le café au

lait du matin ; la douleur diminuait en 20 à 30 minutes ; la deuxième dose ne fut alors que préventive. Dans l'intervalle des accès, rien ; chez la plupart ils s'éloignaient sensiblement, surtout lorsque les malades sujets à des accès rapprochés continuaient à prendre 1 gramme par jour. — Sur les 42 cas, je n'ai constaté que deux fois l'intolérance stomacale, une fois le vertige et une fois un grand malaise suivi d'une excitation qui ne permit pas de renouveler la tentative ; chez tous les autres malades (38 sur 42), le succès fut immédiat et complet, sans le moindre trouble ni de la digestion, ni de la circulation, ni du fonctionnement cérébral.

III. — *Névralgies faciales.— Injections antipyriques.* — Pour compléter la série des maux de tête qui sont du domaine de l'antipyrine, il me reste à mentionner les névralgies faciales et les tics douloureux de la face. Je possède maintenant sept exemples de névralgies faciales des plus graves, dont 2 guérirent entièrement, 1 résista à tous les traitements ; les 4 autres sont en voie de grande amélioration et même de guérison. Ces tics douloureux duraient depuis 12, 13, 16 et 18 ans ; dans cette longue et effroyable période de souffrances, les malades n'avaient jamais pu écarter facilement les mâchoires ni même écarter complètement les lèvres, par conséquent ni parler aisément, ni mâcher les aliments solides, ni avaler des liquides trop chauds ou froids ; le froid, en effet, ainsi que le vent ou même l'air frais leur renouvelaient les crises douloureuses et convulsives, et tout cela sans le moindre répit, même sous l'influence du salicylate de soude, de l'aconit et même de la morphine en injections. Ces 4 malades en sont arrivées aujourd'hui, après 2 mois de traitement, à goûter le repos qu'elles ne connaissaient plus et à vivre comme les autres membres de la famille. Le traitement a consisté dans l'usage journalier de 5 grammes d'antipyrine, et de plus dans les injections sous-cutanées d'une solution d'antipyrine à parties égales ; mais comme ces injections étaient et restaient parfois douloureuses, j'ai fait modifier la formule ; d'après les conseils de mon interne, M. Baudouin, la solution est préparée avec 0 gr. 50 centigr. d'antipyrine pour 1 gr. 50 centigr. d'eau au lieu de 50 ; si on veut agir plus énergiquement, on ajoute 0,015 milligrammes de cocaïne à chaque seringue Pravaz, contenant parties égales d'eau et d'antipyrine ; ces formules viennent d'être publiées dans le dernier numéro du

Bulletin médical; or, les injections d'après les prescriptions anciennes et surtout récentes ont le pouvoir d'agir avec une rare énergie ; c'est le traitement combiné de ces injections avec l'ingestion stomacale de 5 grammes d'antipyrine, qui a produit ces résultats tout à fait inattendus dans la plus grave et la plus incurable des maladies douloureuses.

Séance du 30 août. — *Sur les médicaments antithermiques considérés comme sédatifs du système nerveux*, par M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Les propriétés analgésiques de l'antipyrine mises en lumière par M. Germain Sée n'appartiennent pas uniquement à ce médicament, mais aussi à tout le groupe des nouveaux médicaments antithermiques, dans lequel groupe peuvent être rangés l'acétanilide et le salol.

Pour ce qui est de l'acétânilide, les expériences que j'ai entreprises à l'hôpital Cochin me montrèrent que si c'est un médiocre antithermique, très inférieur à l'antipyrine, c'est au contraire un bon sédatif du système nerveux.

C'est surtout dans les douleurs qui accompagnent les altérations du système nerveux, douleurs fulgurantes des tabétiques, douleurs par compression des nerfs et de la moelle, douleurs accompagnant la névrite des nerfs optiques, que l'acétanilide nous a donné les meilleurs résultats. La dose moyenne a été de 1 gr. 50 à 2 gr. et, dans certaines circonstances, nous l'avons même portée à 3.

Cette dose n'a jamais été administrée en une seule fois, et nous l'avons toujours fractionnée par portion de 50 centigrammes que nous donnons en un cachet médicamenteux. L'insolubilité de l'acétanilide ne permet pas de l'administrer en potions, cependant on peut l'administrer dans les solutions alcooliques et en particulier dans l'élixir de Garus.

Dans la plupart de nos observations, observations que l'on trouvera consignées dans les thèses de deux de nos élèves, les docteurs Weill et Reyes y Sardina (1), nous n'avons observé aucun effet physiologique appréciable de cette médication que les malades ont ainsi pu supporter pendant de longs mois.

Dans d'autres cas, au contraire, beaucoup plus rares il est vrai, il se produit une cyanose manifeste et une sensation de

(1) Weill. *De l'acétanilide*, Th. de Paris 1887. — Reyes y Sardina. *Contribution à l'étude physiologique et thérapeuthique de l'acétanilide sur le système nerveux*.

refroidissement. Nous n'avons pas encore pu trouver la cause de cette différence d'action, si ce n'est probablement une différence dans l'activité de combustion des globules sanguins chez les divers individus en expérience, l'acétanilide ayant une action directe sur le sang et amenant, comme l'a montré Hénocque, la production de la méthémoglobine et la diminution de l'oxyhémoglobine.

D'ailleurs, cette cyanose, qui effraye quelquefois les malades et leur entourage, n'a jamais présenté le moindre danger et nous sommes encore à noter un accident déterminé par ce médicament.

L'action analgésique et sédative du système nerveux de l'acétanilide a été confirmée d'après les recherches de Lépine et, depuis mes propres recherches, par un grand nombre de médecins et en particulier par Demieville (de Lausanne), par Fischer, en Allemagne, et plus récemment par Allan Mac Lane Amilton, en Amérique (1).

Le salol que Sahli (de Bâle) et Lépine ont introduit dans la thérapeutique et sur lequel un de nos élèves, le Dr Lombard, vient de faire, sous notre direction, une excellente étude physiologique et thérapeutique, le salol, dis-je, jouit aussi de propriétés sédatives du système nerveux non douteuses. Je l'ai administré chez des tabétiques et chez des rhumatisants, et j'ai obtenu des effets comparables à ceux produits par l'antipyrine et par l'acetanilide.

Le salol, qui est très peu toxique, puisque nous avons pu l'administrer chez les animaux à la dose de 2 grammes 50 par kil. sans produire aucun autre inconvénient qu'un léger abaissement de température, peut être administré à la dose de 4 à 8 grammes par jour en cachets médicamenteux, car son insolubilité est tellement complète qu'on ne peut l'administrer en potions.

Cette action analgésique du salol pouvait être prévue, puisque, comme vous le savez, le salol peut être considéré comme une combinaison d'acide salicylique et d'acide phénique, et l'on retrouve dans les urines des malades auxquels on l'admi-

(1) Demieville. *De l'antifébrine comme nervin.* (*Revue médicale de la Suisse romande*, 15 juin 1887, 8e année, no 6 p. 305.) — Fischer. *L'acétanilide contre les douleurs lancinantes.* (*Munch. Med. Wochens* no 23. 1887.) — Allan, Mc Lane Hamilton. *De l'antipyrine et l'antifibrine comme médicaments nervins dans l'ataxie locomotrice, la migraine et l'épilepsie.* (*The N.-Y. Med. journ.*, 28 mai 1887.)

nistre et l'acide salicylique et l'acide phénique, mais ce dédoublement, ne pouvant se produire en présence des acides, n'a lieu que dans l'intestin ; de là, les applications que j'ai faites de ce salol à l'étude des dilatations de l'estomac, en examinant la rapidité plus ou moins grande avec laquelle apparaît l'acide salicylique dans les urines.

Nous voici donc en possession d'une série de corps nouveaux, jouissant tous de propriétés analgésiques et sédatives du système nerveux incontestables. Ce qu'il nous faut maintenant, c'est par l'étude attentive de l'action thérapeutique de ces différents corps, de bien formuler leurs indications.

Par ce que nous savons déjà, je crois que l'on peut établir les points suivants. C'est que dans les névralgies, les migraines, les céphalées, l'antipyrine se montre supérieure à l'acétanilide qui, au contraire, lui est supérieure dans les douleurs de tabétiques et dans certaines manifestations des nerfs. Cette propriété sédative du système nerveux peut-elle créer à ces corps des titres suffisants pour se substituer au bromure de potassium ? Je l'avais espéré pour l'acétanilide, je possède, en effet deux observations remarquables d'épileptiques qui ont vu disparaître leurs attaques sous l'influence de ce médicament.

Dans un cas il s'agit d'un enfant de douze ans, chez lequel des doses considérables de bromure, ayant produit un bromisme aigu fort grave, n'avaient pas empêché les attaques d'épilepsie de se produire. Depuis neuf mois que cet enfant prend de l'acétanilide à la dose de 1 gramme 50 par jour, nous n'avons observé qu'une attaque extrêmement faible. Aujourd'hui, l'enfant ne prend plus qu'une dose tous les deux jours et les attaques ne se reproduisent pas.

Dans l'autre observation, il s'agit d'une femme de vingt ans, dont les attaques d'épilepsie, malgré le bromure, se produisaient trois ou quatre fois par mois, et chez laquelle, depuis cinq mois, avec 1 gramme 50 d'acétanilide par jour, on n'a plus vu reparaître ces attaques.

Mais, je le reconnais, ce sont là des faits exceptionnels, et j'ai obtenu depuis beaucoup plus d'insuccès que de succès, et les résultats que le Dr Faure a enregistrés dans le service de M. Denis, à Bicêtre, et que Salm a enregistrés à la clinique de Jolly, de Strasbourg, dans le service des épileptiques, montrent que nous ne pouvons compter définitivement sur les propriétés anti-épileptiques de l'acétanilide. Je ne désespère

pas cependant que nous ne puissions trouver, par la suite dans cette série aromatique, un médicament qui ne soit égal, sinon supérieur aux bromures.

M. G. Sée. J'ai employé l'acétanilide chez des tabétiques, et j'ai constaté qu'une fois sur trois ou quatre, ces malades sont plongés dans une cyanose épouvantable, leur sang est absolument décomposé, il devient couleur chocolat ; l'hémoglobine s'est transformée en méthémoglobine. Je ne suis donc pas de l'avis de M. Beaumetz, et je considère l'acétanilide comme une substance dangereuse.

M. Dujardin-Beaumetz. Nous avons, il est vrai, quelquefois des cyanoses qui effrayent l'entourage, mais elles sont sans danger.

L'antipyrine, du reste, a également des inconvénients, elle produit des éruptions sur la peau, et les malades deviennent rouges.

Séance du 6 décembre. — *Antipyrine*, par A. Robin.

En résumé, l'action exercée sur les échanges par l'antipyrine, lui fait reconnaître trois propriétés principales :

1° En premier lieu, elle agit directement sur le système nerveux dont elle modère l'excitabilité, non pas d'une manière purement dynamique, mais en agissant sur sa nutrition élémentaire ;

2° Elle diminue la désintégration organique et abaisse plus encore les oxydations organiques, d'où la production d'un excès relatif d'acide urique et de matériaux extractifs azotés, qui, comme on sait, sont moins solubles et partant plus difficilement éliminables que l'urée. Il est probable que cette influence sur la nutrition générale dépend immédiatement des effets de l'antipyrine sur le système nerveux, car les médicaments dépresseurs de l'activité nerveuse agissent presque tous dans le même sens ;

3° L'antipyrine possède encore, comme propriété particulière, un pouvoir antiseptique assez marqué, même à dose faible, et qui semble se manifester aussi bien dans l'organisme — et sans dommage pour lui — que dans les expériences de laboratoire.

L'énoncé de ces trois propositions laisse facilement pressentir quelles devront être les *indications thérapeutiques générales* de l'antipyrine.

1° Puisqu'elle est un dépresseur de l'activité nerveuse, elle trouvera son emploi toutes les fois qu'il importera de modérer l'excitabilité nerveuse. Cette indication explique l'heureux emploi que M. Germain Sée vient d'en faire au traitement de la douleur dans les céphalées, les migraines, les névralgies sur lesquelles elle exerce réellement une action inhibitoire.

Mais la douleur n'est pas la seule manifestation de l'hyperexcitabilité nerveuse, et il est nombre d'états morbides dans lesquels cette dernière intervient, soit à titre prépondérant, soit comme élément surajouté. C'est ainsi que l'antipyrine a pu impressionner certaines cardiopathies douloureuses et donner même des succès dans quelques cas d'angine de poitrine.

Rationnellement, elle devra être expérimentée dans tout un groupe de névroses.

2° Le rôle de l'antypirine contre l'élévation de la température, et par conséquent son emploi dans les fièvres, me paraît sinon terminé, du moins fortement compromis.

J'ai démontré autre part sur quelles bases chancelantes reposaient les médications antipyrétiques actuelles : l'antipyrine est passible de toutes les objections que j'ai adressées à cette série médicamenteuse (1).

Dans la fièvre typhoïde, en particulier, tout en s'efforçant de diminuer la désintégration, il faut favoriser l'oxydation des produits désintégrés, parce que les oxydations donnent naissance à des résidus solubles, — donc facilement éliminables, — et, de plus, peu ou pas toxiques ; et que, par opposition, les autres actes chimiques de la désintégration engendrent des résidus peu solubles, — donc plus difficilement entraînables, — et toxiques.

Tout agent qui diminue plus les oxydations, ou, — pour ne rien préjuger, — l'utilisation de l'azote désintégré, que la désintégration azotée elle-même; qui, par suite, élève la quantité des déchets peu solubles en diminuant le véhicule qui doit les entraîner, cet agent, dis-je, est proscrit du traitement des fièvres et spécialement de la fièvre typhoïde.

L'antipyrine possède tous ces vices rédhibitoires ; en outre, elle diminue l'excitabilité du système qui règle les échanges ;

(1) Albert Robin. *Traitement des fièvres et des états typhoïdes. Méthode oxydante et éliminatrice*. Mémoire inédit devant paraître, en janvier ou février 1888, dans les *Archives générales de médecine*.

à tous ces titres, elle doit donc être distraite du groupe des vrais antipyrétiques et supprimée dans le traitement des pyrexies.

Si cette conclusion est adoptée, le nom d'antipyrine, donné à la diméthyloxyquinzine, n'a plus de raison d'être, et, si l'on voulait représenter par une dénomination usuelle sa propriété fondamentale, il serait plus exact de l'appeler *analgésine* ou *nervine*. CH. V.

JOURNAUX ANGLAIS

THE JOURNAL OF MENTAL SCIENCE
(Juillet 1887)

La psychiatrie envisagée au point de vue de la société américaine, notamment en ce qui concerne le comté de Cook et Chicago, par le Dr Jas. G. Kiernan, de Chicago.

La première particularité interressante de ce mémoire est que, dans le comté de Cook, il y a 1 aliéné pour 360 habitants, proportion assurément énorme.

Parmi ces aliénés, un petit nombre seulement subissent l'influence héréditaire. La plupart doivent leur maladie à la surexcitation intellectuelle, à la suractivité cérébrale déterminée par la lutte pour l'existence. L'auteur le démontre en prenant comme terme de comparaison la paralysie générale chez les Irlandais. Ceux qui restent dans leur patrie en sont rarement atteints ; ceux qui ont émigré au comté de Cook en sont frappés dans une proportion vingt fois plus grande ; ils sont même deux fois plus souvent atteints que ceux qui ont émigré à New-York.

Un bon nombre d'aliénés étaient malades avant d'arriver en Amérique ; ils ont apporté avec eux tous les travers de leur esprit malade, qui les conduisent à des entreprises déraisonnables à des actes extravagants ou nuisibles. L'auteur voit, dans cette particularité de l'émigration, un danger pour l'avenir de la société américaine. Il voudrait donc que nul émigré ne pût être accueilli dans les États-Unis sans fournir un certificat de bonne santé, établissant qu'il ne pré-

sente aucune tare soit héréditaire soit personnelle, de maladie nerveuse ou d'autre perversion morbide. Sans doute cette mesure serait utile, efficace; mais elle ne semble guère applicable, et ne tarderait pas à être absolument illusoire.

Ce qui est plus pratique, c'est que, comme le demande le Dr Kiernan, les lois de Chicago sur les aliénés soient revisées. Il n'y en a point, comme on le sait, qui contiennent des dispositions aussi mal appropriées au but qu'elles se proposent.

La cocaine dans le traitement des maladies mentales, par le Dr Heiman.

Ce mémoire expose les appréciations de l'auteur, plutôt qu'il ne donne des renseignements précis sur l'emploi de la cocaïne chez les aliénés. Cependant il semble que cet emploi ait été sans profit pour la maladie mentale, alors qu'il nuisait à l'état des organes digestifs.

Dans les cas qu'il a observés, le Dr Heiman a reconnu que la cocaïne agissait aussi bien par usage interne qu'en injections sous-cutanées, et que les feuilles de coca avaient autant d'action que l'alcaloïde.

Imbécillité avec mouvements choréiformes (*athétose*) par le Dr Fletcher Beach, médecin en chef de l'asile de Dareuth.

Observation d'un jeune homme qui mourut à l'âge de 17 ans. Il était malade depuis sept ans; sa maladie était attribuée à un coup sur la tête. Il fut pris d'abord d'anesthésie et perdit l'intelligence. A diverses reprises il eut des accès d'épilepsie; à l'autopsie, l'examen microscopique du cerveau fit constater une grande augmentation du nombre des vaisseaux, dont la plupart étaient distendus, et présentaient des altérations dégénératives de leur gaines.

Sur la catalepsie, par le Dr Alex. Robertson, médecin de l'hospice royal de Glascow.

L'auteur rapporte une observation à l'aide de laquelle, et d'après les dires du malade, il établit que dans la catalopsie les membres restent dans la position qu'on leur donne, non pas toujours par le fait de la rigidité musculaire, mais quelquefois par le fait de la volonté du cataleptique. « Je m'appliquais, dit le malade, à maintenir mon membre aussi bien que possible. »

Le traitement de la catalepsie, dans ce cas, consista surtout dans l'application d'une haute température à la tête. Il y eut guérison.

THE JOURNAL OF MENTAL SCIENCE

(Octobre 1887).

Discours prononcé à la réunion annuelle de l'association médico-pychologique, juillet 1887, par le Dr Frederick Needham, président.

Ce discours, plein d'intérêt, traite surtout des modifications que les chambres anglaises sont en voie d'apporter à la législation sur les aliénés, et il fait ressortir, en les critiquant et en les désapprouvant comme elles le méritent, un certain nombre de ces modifications. Il montre d'abord qu'elles méconnaissent complètement la nature de la folie, et qu'elles assimilent l'aliéné non à un malade, mais à un individu ordinaire qu'il s'agirait de séquestrer. Les formalités à remplir pour l'internement sont telles que quelques-unes sont, de prime abord, ou finiront par être irréalisables, et que les autres sont de nature à empêcher la mise en traitement de certains aliénés dont la folie est difficile à reconnaître par les personnes étrangères à la pratique des maladies mentales, aliénés qui cependant ont plus que d'autres besoin d'être internés dans les asiles spéciaux. Parmi ces formalités il faut signaler surtout, comme très nuisibles, l'intervention d'un jury formé de personnes quelconques; les enquêtes et la procédure par témoignages devant ce jury ; la nécessité de produire en cas d'urgence, non pas seulement les certificats de deux médecins, ce qui est déjà trop, mais de trois. Nous ne pouvons suivre le Dr Needham, dans tous ses développements; nous insisterons seulement sur une réflexion très importante, qui ne s'applique pas seulement à l'Angleterre, mais qui convient aussi à la France.

C'est que la plupart des transformations récentes dans la législation des aliénés semblent inspirées moins par le désir d'améliorer la situation de ceux-ci, que par un sentiment de défiance extrême à l'égard des médecins et de leur intervention dans les questions de médecine mentale. La compétence spéciale des médecins aliénistes est continuellement mise en doute ; et cependant qui donc peut nier que l'aliéné ne soit réellement un malade, et que, comme tel, il ne relève exclusivement du domaine médical ?

En terminant, le Dr Needham jette un rapide coup d'œil sur les progrès récents dans le traitement des aliénés, et saisit

l'occasion pour louer comme ils le méritent les travaux importants consacrés à l'histoire de ces progrès par l'un des aliénistes les plus éminents d'Angleterre, le Dr Hack-Tuke. « Il a, dit-il, en son *Histoire des aliénés dans les Iles Britanniques*, fait un tableau admirable des améliorations apportées à l'assistance et au traitement des aliénés, et les a dépeintes avec une perfection qu'il est difficile d'atteindre. »

Du travail manuel comme traitement de la folie, par le Dr Lloyd Francis, médecin adjoint de l'hôpital Saint-André, Northampton.

C'est surtout au point de vue des aliénés des classes supérieures que l'auteur envisage l'utilité du travail manuel. Chacun sait que chez les artisans atteints de folie, le travail rend de très grands services dans le traitement. Il améliore la santé physique, et, par contre-coup, la santé mentale. On l'organise assez facilement pour eux, soit parce qu'ils y sont accoutumés, soit parce qu'ils y sont encouragés par les profits qu'ils y trouvent et par la perspective des récompenses qu'on leur promet.

Mais les hommes de profession libérale ne s'y prêtent pas aussi aisément ; le plus grand nombre d'entre eux, habitués au travail de tête, ne savent guère se servir de leurs bras, et ne s'intéressent absolument à aucun travail manuel.

A l'asile Saint-André des tentatives ont été faites pour entraîner au travail manuel les malades des classes aisées tout comme les indigents. Les résultats obtenus, tels que les indique le Dr Lloyd Francis, paraissent satisfaisants et de nature à encourager d'autres essais du même genre. Sur 160 hommes de cette catégorie, 56 ont pu être employés aux travaux de la ferme, des champs ou des jardins ; 18 à des travaux intérieurs, comme menuisiers ou peintres. Quant aux autres, ils ne pouvaient travailler, soit à cause de leur âge ou de leur affaiblissement d'esprit, soit à cause de leur état de maladie. Quelques malades sont arrivés ainsi à une guérison rapide, et les incurables ont trouvé dans le travail du corps une amélioration véritable.

De l'emploi de l'électricité dans le traitement de certaines formes de folie, par le Dr Joseph Wiglesworth, médecin de l'asile de Rainhill.

L'auteur s'occupe de l'application de l'électricité sur la tête même de certains aliénés. Il a soin d'avertir que ce mode de traitement ne saurait être considéré comme une révolution

dans la thérapeutique de la folie; mais il le donne cependant comme pouvant être réellement utile dans certains cas, notamment pour des malades atteints de mélancolie stupide ou de démence aiguë.

Dr Victor PARANT

JOURNAUX AMÉRICAINS

AMERICAIN JOURNAL OF INSANITY

(Juillet 1887)

HISTOIRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE LOUIS RIEL par le Dr DANIEL CLARK, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Toronto.

Les faits présentés dans cette notice prouvent à l'évidence que L. Riel n'était pas sain d'esprit. Dès son jeune âge il avait présenté de l'instabilité mentale; plus tard il devint vraiment aliéné. Il avait des périodes intermittentes d'excitation, dans lesquelles il se transformait complètement. Il avait des hallucinations ; il s'imaginait que sa personnalité était transformée, se croyait prophète, et s'abandonnait alors au fanatisme religieux. Dans les périodes de calme, au contraire, il ne présentait rien que de sage et de posé.

Il est à regretter que l'autorité n'ait pas permis de faire, aussitôt après son exécution, l'examen de son cerveau.

LA DIPSOMANIE, LA KLEPTOMANIE, LA PYROMANIE, etc. SONT-ELLES DES FORMES ESSENTIELLES DE MALADIE MENTALE ? par le Dr ORPHEUS OVERTS, médecin en chef du Sanitarium de Cincinnati.

L'auteur n'est pas de cet avis ; il considère comme acquis à la science que l'impulsion irrésistible à faire abus des alcools, à voler, à incendier, ne se produit que chez des individus déjà frappés d'aliénation mentale. Ces individus ont perdu alors la force, l'énergie qui leur auraient permis de résister et de garder de l'empire sur eux-mêmes.

CRISES GASTRIQUES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par le Dr HENRY M. HURD, directeur médecin de l'asile de Pontiac.

Deux observations de malades atteints de paralysie générale, chez qui le Dr H. Hurd a observé des crises gastriques absolument semblables à celles qui se rencontrent dans l'ataxie locomotrice : vomissements répétés pendant plusieurs jours, survenant en dehors de toute cause appréciable, formés de liquides et de mucosités sans aucun mélange de nourriture. Il semble bien que ces crises étaient imputables à la paralysie générale, dont les deux malades étaient certainement atteints. Toutefois la première observation est moins concluante que la seconde, en ce que le malade avait présenté aussi quelques symptômes d'ataxie.

THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES

(Juillet 1887)

Séméiologie des mouvements pupillaires, par le Dr William Macewen, de Glasgow.

Bien que ce mémoire ne concerne pas les maladies mentales, nous le signalons cependant parce qu'il peut être interressant d'y rapporter les observations faites sur l'état de la pupille chez les aliénés.

Le Dr Macewen montre que la dilatation pupillaire, la mydriase, s'observe dans les cas où il y a suspension de l'activité cérébrale, soit par le fait d'une lésion subitement produite, soit par suite de certains empoisonnements. Au contraire, il y a contraction de la pupille, lorsqu'il y a *irritation* cérébrale.

Les mouvements anormaux de la pupille, qui sont si communs chez les aliénés, sont-ils dus à des troubles cérébraux analogues à ceux qui viennent d'être signalés?

THE JOURNAL NERVOUS AND MENTAL DISEASE

(Juillet, Août, Septembre 1887)

Notes sur le traitement de la folie, par le Dr J. Chalmers Da Costa, de Philadelphie.

Excellent article, malgré sa forme un peu trop résumée, et très judicieux, où l'auteur passe en revue les principales indications du traitement de la folie, ainsi que les principaux médicaments que ce traitement comporte.

Le Dr Chalmers Da Costa part de ce principe auquel nous

rattachons pleinement, que chez presque tous les aliénés la santé physique est altérée, soit avant le début, soit après l'invasion de la maladie mentale, et que l'on agit contre les troubles de l'esprit en améliorant les troubles de l'organisme.

Parmi les accidents les plus communément observés, se trouvent la constipation et la diarrhée, qui souvent ne sont que les manifestations de dyspepsies particulières dont chacune réclame un traitement spécial.

Le régime est d'une importance capitale dans le traitement de la folie. Les aliénés doivent être bien nourris, et leur alimentation doit être aussi variée que possible. Le Dr Chalmers préconise l'usage habituel des stimulants, notamment des alcools, même dans le cas d'excitation maniaque.

Toutes les fois qu'un aliéné refuse absolument la nourriture ou même qu'il n'en prend qu'une quantité insuffisante, il faut recourir à l'alimentation forcée. Le Dr Chalmers recommande surtout l'emploi des œufs et du lait auxquels on peut ajouter une boisson stimulante ou les médicaments que commande l'état du malade. — L'introduction des sondes par le nez est le meilleur mode opératoire.

L'auteur a retiré de très bons effets de l'emploi de l'huile de foie de morue et des diverses préparations phosphatées.

La quinine, l'arsenic, le fer, la digitale, la noix vomique, la strychnine. le nitrite d'amyle, la nitro-glycérine, la ciguë, l'opium, la morphine, le chloral et les bromures, sont les médicaments dont il a fait ordinairement usage et obtenu les meilleurs effets. Il y ajoute les bains, surtout les bains chauds.

Il a employé encore l'uréthane, la paraldéhyde, le haschich, mais avec des résultats incertains. Il montre peu d'enthousiasme pour l'hyoscine, qui cependant a joui en Amérique d'une grande vogue et d'une haute réputation comme agent sédatif du système nerveux.

AMERICAN JOURNAL OF INSANITY

(Octobre 1887)

Le système colonial dans le traitement des aliénés, par le Dr Georges C. Palmer, directeur médecin de l'Asile d'aliénés de Kalamazoo (Michigan.)

Des colonies d'aliénés peu nombreux ont été créées par

l'état de Michigan. Elles ont produit des résultats satisfaisants.

Traitement des aliénés chroniques, par le Dr P. M. Wise, directeur-médecin de l'Asile d'aliénés de Willard (New-York.)

C'est surtout au point de vue de leur hospitalisation, que l'auteur envisage le traitement des aliénés chroniques. Quatre systèmes sont préconisés : les asiles spéciaux, distincts, les quartiers d'hôpital, les colonies ou fermes, les familles. Chacun de ces systèmes a ses avantages et ses inconvénients, et peut s'appliquer plus ou moins favorablement suivant des conditions très variables ; il faut tenir compte en effet, suivant les milieux, des considérations sociales, professionnelles ou politiques, des coutumes des individus, du climat, des habitudes locales, enfin des ressources financières.

La réforme des gardiens d'aliénés, par le Dr Edouard Cowles, directeur-médecin de l'Asile d'aliénés de Sommerville (Massachussets.)

Ce mémoire a été lu au Congrès International de médecine à Washington, devant la section de médecine mentale. L'auteur y examine les heureux résultats obtenus dans la réforme du service des infirmiers et infirmières des asiles d'aliénés.

Cette réforme consistait à donner une éducation spéciale à ces individus, à leur enseigner ce qui pouvait les rendre plus capables de bien remplir leurs fonctions, à les instruire dans des écoles spéciales, sur tout ce qui pouvait leur être utile et les rendre meilleurs et plus habiles.

Dans le principe, de fortes objections s'élevaient contre la réforme. On pouvait craindre, disait-on, de leur donner en eux-mêmes une confiance exagérée, de les porter à croire qu'ils pouvaient discuter les ordres des médecins, la valeur et l'opportunité des traitements prescrits, de les entraîner à vouloir devenir médecins eux-mêmes.

Ces objections n'étaient pas fondées, les résultats obtenus en ont été la preuve. Actuellement les écoles d'infirmiers sont nombreuses en Amérique, et elles rendent les plus grands services, soit pour le recrutement des asiles, soit pour les soins des aliénés dans leurs familles.

Répartition et assistance des aliénés aux États-Unis, par le Dr Judson B. Andrews, directeur-médecin de l'Asile d'aliénés de Buffalo (New-York.)

Ce mémoire est le discours par lequel le Dr Andrews, en

qualité de président, ouvrit les travaux de la section de médecine mentale, au neuvième congrès international. Il donne une excellente vue d'ensemble sur la situation actuelle de l'assistance des aliénés aux États-Unis.

Il commence par quelques données statistiques, dont les particularités les plus intéressantes concernent la répartition et la proportion moyenne d'aliénés dans les différents états. Un fait remarquable, c'est qu'il y a plus d'aliénés dans le Nord que dans le Sud, ce que l'auteur attribue à la suractivité plus grande de la vie sociale dans le Nord. Ici la proportion d'aliénés est de un pour 359 habitants. Dans l'extrême Sud il y en a un pour 935.

Les indigènes de race blanche donnent une proportion de un pour 618, les étrangers un pour 250. Les hommes de couleur, Nègres, Indiens, Chinois et Japonais donnent un pour 1097. Mais depuis quelques années la folie parmi les Nègres augmente d'une manière rapide.

Nous ne pouvons suivre le Dr Andrews dans ses développements sur la situation légale des aliénés aux États-Unis, sur les divers systèmes d'organisation des asiles. Constatons avec lui que nos confrères d'Amérique sont largement dans la voie du progrès en ce qui concerne le traitement proprement dit des aliénés, et que sous ce rapport ils n'ont rien à apprendre de nous.

Les opinions sont très diverses parmi eux sur l'application du *no-restraint*. En général, ils sont disposés à admettre que dans quelques cas les moyens de coercition sont utiles, même indispensables, mais à condition qu'ils soient employés sous la surveillance du médecin.

Le discours se termine en montrant les grands avantages que l'on a retirés de la création d'écoles d'infirmiers, où sont formés, d'une manière spéciale, des individus voués au soin des aliénés, et qui, à la fin de la scolarité qu'on leur impose, reçoivent un diplôme créé pour eux. Nous avons vu, dans le mémoire précédent, que ces écoles d'infirmiers avaient reçu un grand développement.

HUIT CAS DE TRÉPANATION DANS LA FOLIE D'ORIGINE TRAUMATIQUE, par le Dr W. B. FLETCHER, directeur-médecin de l'Asile d'aliénés d'Indiana.

L'auteur estime que dans un certain nombre de cas, qu'il évalue à quatre pour cent des aliénés admis à l'Asile d'Indiana, la folie doit être attribuée à un traumatisme sur la tête

Il s'ensuit des altérations des méninges, avec réaction sur la pulpe cérébrale, et des désordres dans la fonction du cerveau.

D'après le Dr Skae d'Edimbourg, la folie d'origine traumatique a pour premier signe l'excitation maniaque ; cette excitation devient chronique ; le malade est défiant, dangereux, porté à l'homicide. On observe rarement de la mélancolie. La guérison est rare, la demence arrive et la maladie se termine par des lésions cérébrales.

Le Dr Fletcher a noté dans toutes ses observations, d'abord de l'inconscience, durant de quelques jours à quelques semaines, et finissant par disparaître. Mais, dans la suite, il survenait de la folie épileptique ou de la folie sans épilepsie.

Les huit observations qu'il rapporte, où la trépanation a servi de moyen de traitement, donnent lieu principalement aux remarques suivantes :

La folie est survenue longtemps après le traumatisme. Dans trois cas l'épilepsie a précédé la folie. Dans tous les cas, sauf un, où précisément le traumatisme avait été plus grave que dans les autres, on trouva de fortes adhérences de la dure-mère. Tous les malades étaient mélancoliques, destructeurs, portés au suicide. Dans deux cas, le traitement chirurgical ne donna aucun résultat ; dans deux autres, il y eut amélioration ; dans les quatre derniers, il y a eu guérison véritable de la folie comme de l'épilepsie.

Dr Victor PARANT.

JOURNAUX ALLEMANDS

CENTRALBLATT FUR NERVEINHEILKUNDE UND PSYCHIATRIE (1887)

SUR LA NATURE DE LA MALADIE DE BASEDOW P. MOBIUS (15 avril).

Quelle est la nature du goitre exophtalmique et quelle est la relation qui existe entre les trois symptômes principaux de cette maladie? A cette question, qui reste encore ouverte, on a fait des réponses très différentes. On a d'abord considéré la

maladie de Basedow comme ayant son origine dans une maladie primitive du sang ou du cœur. Plus tard, avec les recherches mémorables de Cl. Bernard, l'idée d'une lésion primitive du système sympathique a été mise en avant pour l'explication des troubles en question, et le nom de Trousseau, qui s'est fait le défenseur de cette théorie, n'a pas peu contribué à la faire accepter presque universellement. Cependant cette théorie si séduisante qu'elle soit, n'est en rapport ni avec les données anatomopathologiques, ni avec les faits cliniques. Quelques auteurs allemands ont émis l'opinion que la maladie de Basedow a son origine dans une lésion de la moelle allongée, et Filehne a reproduit expérimentalement quelques-uns des symptômes de cette maladie chez les jeunes lapins, par la section du corps restiforme. Une opinion très répandue maintenant, c'est celle qui considère le goitre exophtalmique comme une névrose vaso-motrice : mais, s'il est facile de comprendre qu'une modification, même purement fonctionnelle des nerfs vaso-moteurs de la glande thyroïde puisse produire le gonflement de cette dernière, qu'une modification analogue des nerfs vaso-moteurs du muscle cardiaque et du globe de l'œil puisse produire des palpitations et de l'exophtalmie, on ne voit pas trop pourquoi les nerfs vaso-moteurs de ces trois organes sont lésés de préférence et à l'exclusion de différents autres organes. A cela, certains auteurs répondent que la maladie de Basedow, quoique présentant certaines localisations, n'en est pas moins une névrose générale qui frappe tout le système nerveux.

Après avoir passé en revue ces différentes hypothèses et avoir montré le côté faible de chacune d'elle, l'auteur en émet une autre, qu'il croit plus en rapport avec les faits et avec l'état actuel de la science. D'après lui, la lésion primitive de la maladie de Basedow a son siège dans la glande thyroïde, dont le rôle physiologique est des plus important dans l'économie. En effet, les chirurgiens qui ont pratiqué l'extirpation du corps thyroïde sur l'homme; de même que les physiologistes qui ont pratiqué la même opération sur les animaux, ont constaté, chez la plupart des opérés, une cachexie particulière qu'on a décrite sous le nom de cachexie stuimipriva; d'un autre côté, une maladie dont on s'est beaucoup occupé dernièrement, et qui est aussi caractérisée par une cachexie particulière, le myxœdème, est toujours accompagnée d'une atrophie de la glande thyroïde. Il est donc démontré que cette

glande joue un rôle considérable dans l'économie, et ce rôle est probablement d'ordre chimique. Il est donc fort probable que les maladies, dans lesquelles il y a une modification appréciable d'un organe aussi important, ont pour origine cette même modification. Telles sont : le crétinisme et la maladie de Basedow. Il est vrai que l'hypertrophie du corps thyroïde n'est pas un symptôme absolument constant dans le goitre exophtalmique, mais il peut y avoir (dans ces cas), une modification de cette glande qui reste inappréciable au toucher et à la vue. L'auteur trace ensuite un parallèle entre le goitre exophtalmique et le myxœdème : ces deux maladies sont chroniques, évoluent sans fièvre et aboutissent toutes les deux à une cachexie ; et si les tableaux symptomatiques de ces deux maladies sont juste l'opposé l'un de l'autre, c'est que, dit l'auteur, dans un cas il s'agit d'une disparition de la glande et de la suppression de ses fonctions tandis que dans l'autre, au contraire, il y a hypertrophie de l'organe et exagération de ses fonctions.

Mais en admettant l'hypothèse que la lésion de la glande thyroïde est la lésion primitive du goitre exophtalmique, reste à savoir quelle est la cause et la nature de cette lésion. L'auteur incline à croire que dans ce cas, comme dans le crétinisme, il s'agit d'un empoisonnement. Le poison pénètre dans l'organisme de l'extérieur, ou bien il est fabriqué dans l'intérieur même de l'organisme sous forme de leucomaïnes.

SUR LES MODIFICATIONS ANATOMIQUES DES NERFS OPTIQUES DANS L'ALCOOLISME ; REMARQUES SUR LES AMBLYOPIES TOXIQUES ET LA NÉVRITE RÉTROBULBAIRE.

Communication par UTHOFF à la société médicale de Berlin le 14 juin 87.

L'auteur a entrepris depuis longtemps une série de recherches dans le but de déterminer l'influence de l'alcoolisme sur l'organe de la vision. Les résultats de ces recherches sont consignés par l'auteur dans un travail paru récemment, et dont le compte rendu sera donné dans un des prochains numéros de l'Encéphale. A la séance du 15 juin de la société médicale de Berlin, l'auteur a présenté 5 pièces anatomiques provenant d'alcooliques morts de maladies intercurrentes. Dans le premier cas, il n'y avait aucun trouble de la vue et cependant on remarquait une opalescence de la partie externe de la pupille, et le nerf optique présentait, sur la surface de section une partie indurée visible à l'œil nu, et qui n'était autre chose

que de la névrite interstitielle avec conservation de la plupart des fibres nerveuses. Ces modifications étaient surtout prononcées dans la portion du nerf optique voisine du globe de l'œil. Les modifications étaient à peu près les mêmes dans trois autres cas, tandis que dans le dernier, le malade présentait une amblyopie alcoolique bien caractérisée; la partie externe d'une des pupilles était pâle, tandis que la pupille de l'autre œil était normale. Cependant, à l'autopsie, les deux nerfs optiques présentèrent des modifications anatomiques manifestes, surtout dans la portion voisine du globe de l'œil. Le processus anatomique de la névrite interstitielle est caractérisé par une sclérose du tissu interstitiel avec conservation partielle des fibres nerveuses, qui ne disparaissent que là où la sclérose est très prononcée; en même temps que la sclérose, il y a une multiplication des noyaux du tissu conjonctif, une formation de nouveaux vaisseaux et une rétraction notable du tissu qui est le siège de cette sclérose. Tous ces caractères distinguent la névrite interstitielle de la dégénération progressive du centre visuel, dans laquelle il n'y a qu'une atrophie simple des fibres nerveuses. Quant à la fréquence de l'amblyopie alcoolique, elle est la plus fréquente de toutes les amblyopies toxiques; après elle vient l'intoxication mixte par l'alcool et le tabac, et enfin, en troisième lieu, l'intoxication par le tabac seul.

ARCHIV FUR PSYCHIATRIE V. XVIII

SUR LES TROUBLES NERVEUX PERSISTANTS DE L'ERGOTISME par Tuczeck.

L'auteur a eu l'occasion d'observer une épidémie d'ergotisme en 1879. Les malades atteints présentaient surtout des accès épileptiformes, de la démence et la perte du reflexe rotulien (lésion des cordons postérieurs de la moelle). Tout récemment, l'auteur a revu les malades qui n'ont pas succombé pendant l'épidémie, et il a noté chez eux les troubles suivants : sur 15 malades, 2 souffrent d'épilepsie, les autres, sauf 3 qui sont complètement guéris, présentent des troubles intellectuels très manifestes et une abolition complète du reflexe rotulien. Chez les trois guéris, le reflexe rotulien est revenu. Les troubles persistants ne présentent aucune tendance à progresser; en dehors de l'abolition du reflexe rotulien, on n'observe aucun autre symptôme de tabes. Ce sont les troubles de l'intelligence et la tendance aux rechutes qui

doivent être considérés, d'après l'auteur, comme les caractères les plus graves de la maladie.

DES PARALYSIES INFANTILES D'ORIGINE CÉRÉBRALE par KAST.

Deux petits malades, observés par K..., ont succombé à des convulsions suivies d'hémiparésie droite, survenant par accès et dont la durée a été, pour l'un, de trois ans (début à l'âge de 9 semaines), et pour l'autre, de 14 mois (début de la maladie à l'âge de 6 mois). Dans le second cas il y avait, à un moment donné, hémi-contracture du côté gauche et rétention d'urine. A l'autopsie, K... a constaté des lésions très différentes. Dans le premier cas, il n'y avait qu'une atrophie uniforme de l'hémisphère gauche sans trace de lésions en foyer, tandis que dans le second, il y avait de l'encéphalite chronique diffuse, occupant les deux tiers antérieurs des deux hémisphères.

SUR LA LÉSION DES FIBRES A MYÉLINE DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DANS LES AUTRES MALADIES MENTALES par FACHER.

Ce travail consciencieux, basé sur 31 observations suivies d'autopsie et d'examen histologique très détaillé, a été entrepris par l'auteur dans le but de vérifier les résultats bien connus de Tuczek sur ce sujet. F... voulait surtout rechercher si la disparition des fibres à myéline de l'écorce, si bien étudiée par Tuczek, est spéciale à la paralysie générale comme le veut ce dernier auteur, et quelle est la pathogénie de ce processus morbide.

Les conclusions de ce travail peuvent se résumer ainsi.

1. La disparition des fibres à myéline de l'écorce cérébrale se rencontre bien dans tous les cas de paralysie générale mais on la trouve dans beaucoup d'autres maladies, telles que la démence sénile, l'alcoolisme chronique, la démence épileptique, etc. On ne pourrait donc pas faire de cette lésion, un caractère spécial à la paralysie générale.

2. Cette disparition des fibres à myéline doit être considérée, dans la plupart des cas, comme une lésion primitive et parenchymateuse, et non pas comme une lésion secondaire et consécutive à la sclérose du tissu interstitiel.

3. Le processus morbide, qui préside à cette disparition des fibres à myéline, ne commence pas par les régions frontales pour s'étendre de là aux régions postérieures sans jamais atteindre le lobe occipital, comme le veut Tuczek ; il n'est pas, non plus, toujours limité à la couche superficielle de l'écorce, ni à la substance grise uniquement ; il débute simultanément

sur différents points de l'écorce et même de la substance blanche et s'étend plus ou moins loin de ces points de départ.

4. Quant à la valeur clinique de ce processus anatomo-pathologique, rien, jusqu'à présent, ne nous permet de mettre ces modifications des fibres à myéline en rapport avec aucun des symptômes présentés par le malade.

KLEIN.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT

(1887.)

WOLLERNER, d'Odessa. UN CAS DE FOLIE CIRCULAIRE ; ANATOMIE-PATHOLOGIQUE. (Laboratoire du professeur Mendel, de Berlin.)

Femme K..., 58 ans lors de son entrée à l'asile, héréditaire, est atteinte, depuis sa 24e année, d'une folie caractérisée par de l'exaltation et des idées de grandeur alternant avec de la dépression et des idées de persécution. Les périodes durent six mois, sans qu'un état normal les interrompe. Dans l'état maniaque, qui coïncide avec l'arrière-saison, la malade se dit princesse du sang, se pare, déclame, chante, danse, possède un grand appétit et a l'air jeune, en dépit de son grand âge. Dans la phase de dépression, qui correspond surtout à l'été, elle reste tout le jour, assise dans un coin, soutient qu'elle est empoisonnée, qu'elle est en prison ; on doit la faire manger ; elle souffre d'insomnie ; toute sa personne est dans un état prononcé de décrépitude. Ainsi durant les 16 ans qu'elle resta à l'asile. Vers la fin, affaiblissement notable de l'intelligence. Aucun symptôme de paralysie. Morte à 74 ans, de marasme sénile. — *Autopsie :* hyperostose du crâne sans déformations ; nombreuses granulations de Pachioni ; méninges normales ; différence très nette dans le développement des hémisphères : le gauche beaucoup plus dévéloppé que le droit. Cette asymétrie se retrouve dans le pont de Varole, les pyramides, le cervelet. Poids du cerveau : 1020 gr. Les coupes du cerveau durci furent colorées suivant la méthode de Golgi et celle de Weigert. A l'examen microscopique, on remarquait, sur toutes les coupes sans exception, que certaines régions se montraient d'une coloration plus intense, en particulier les couches profondes de la substance grise. Après la décoloration des coupes, ces régions seules conservent un aspect de couleur foncée. A l'examen microscopique, on dis-

tinguait clairement que, tandis que des régions de coloration claire étaient tout à fait normales, il existait dans les autres une prolifération du tissu connectif, dont les fibrilles se juxtaposaient en faisceaux d'une certaine épaisseur de couleur foncée, où apparaissaient des groupes de 6 à 12 noyaux ovales. Cette prolifération de la névroglie ne se distinguait pas nettement de la substance saine, mais par des transitions insensibles, dans les points également lésés des couches optiques, il se trouvait un nombre anormal de vaisseaux. La substance blanche ne présentait guère de modifications; les coupes colorées par la méthode de Weigert offraient un aspect normal. Les celludes nerveuses de l'écorce n'offraient en non plus rien d'anormal. Voici donc un cas de psychose pure où, conclue l'auteur, se trouvent disséminés dans toute l'écorce cérébrale des points de condensation et de prolifération du tissu névroglique qu'on n'eût pas reconnus sans coloration. Comme on n'a pas encore fait jusqu'ici l'anatomie pathologique de la folie circulaire, et que cette maladie est considérée comme un trouble fonctionnel, il a paru peut-être utile de publier cette dissertation.

E. Mendel. Cas de surdi-mutité chez un hystéro-épileptique.

A..., 51 ans, issu d'une famille où il n'y aurait pas eu de maladies mentales. A vingt-huit, (1864), il fut assailli, un soir, par des hommes inconnus et reçut des coups sur l'épaule et sur le bras droit; la même nuit, il travaillait à la pompe pour éteindre un incendie : de ce jour datent les douleurs et la faiblesse du bras droit. Amélioration dans les années suivantes. En 1872, hallucinations de la vue, puis convulsions avec perte de conscience; certains jours, il avait 4 ou 5 accès, un seul d'autres jours. Un matin de 1875, il ne put plier le bras droit à l'articulation du coude; le soir, la main droite se ferma aussi et, durant 4 ans, les doigts restèrent enfoncés dans le creux de cette main. De même pour la main gauche en 1883. Enfin l'affection actuelle a commencé le 28 mars 1886.

Après un légère attaque, avec perte passagère de conscience, apparut la surdi-mutité, qui dura 14 jours sans interruption. Puis le malade fut sourd-muet de 5 heures du soir à 6 heures du matin. Depuis le mois de juin de l'année dernière, son état a été le suivant, sans changement essentiel : il n'entend et ne parle que de 6 à 9 heures du matin : il est sourd-muet le reste

du jour et la nuit. Les seuls sons qu'il émette sont ceux de la toux. On ne peut communiquer avec lui que par écrit, mais comme avec un homme sain d'esprit. Sa vue est faible, mais il n'existe pas de rétrécissement du champ visuel. Les pupilles, moyennement dilatées, réagissent normalement; le facial et l'hypoglosse normaux. Le son d'un diapason qui, placé sur la tête d'un homme dont l'ouie est normale, se perd en 6 ou 7 secondes environ, s'évanouit pour lui en 1 seconde 1/2 ou 2 secondes : il en résulte que le nerf acoustique est capable de fonctionner et que les ondes sonores sont transmises en partie au cerveau. Le malade écrit que le diapason a éveillé en lui la sensation d'un bruit faible et sourd. Il se plaint d'éprouver une compression sur le côté droit de la tête, sur la partie supérieure de la poitrine et au larynx. La pression sur la région iléo-cæcale, à droite et à gauche, est douloureuse. En outre, anesthésie du pharynx. D'ailleurs point de trouble de la sensibilité ni des reflexes. Les muscles, même sur le bras contracturé, sont normaux.

Ainsi, le malade, levé vers 5 heures, éprouve, à 6 heures, une assez forte toux, et peu à peu, « comme si une soupape s'ouvrait », il parle et il entend à la fois. A 9 heures précises, il éprouve comme une contraction à la gorge, la voix s'éteint et l'ouïe disparaît. Point de trouble de l'intelligence ni de la mémoire. Il dirige très bien ses affaires, et, même durant sa période de surdi-mutité, il ordonne tout convenablement, est en rapport avec le public par l'écriture, voyage pour ses affaires, etc. Nul doute que cet homme, dont les premières manifestations de la maladie remontent à 23 ans et qui a présenté depuis les troubles les plus divers du mouvement et de la sensibilité ne soit un hystérique et même un hystéro-épilepique.

Les cas de mutité hystérique ne sont pas très rares, mais ceux de surdi-mutité hystérique le sont beaucoup ; Ball en a signalé un cas (*Encéphale* 1881, p. 15), et Delie (d'Ypres) un autre(*Rev. mens. de laryngologie.* 1886.) Mais aucun de ces deux cas ne présente, comme le nôtre, d'intermittence. Où faut-il donc chercher la cause de cette surdi-mutité hystérique?

Il ne s'agit pas d'aphasie. L'aphasique, en effet, s'efforce de faire entendre quelques mots ou quelques sons ; il essaie de se faire comprendre par une mimique expressive ; dans la plupart des cas, l'intelligence, la mémoire sont atteints.

Rien de semblable ici. Le malade ne fait absolument point d'efforts pour répondre par la parole aux questions, convaincu qu'il est d'avance de leur inutilité. Même différence entre la surdité de ce malade et la surdité verbale. Il s'agit aussi peu d'une aphonie hystérique ; il ne siffle ni ne chuchote : il n'émet aucun son. A la vérité, il existe de l'aphonie à côté de la mutité, car les sourds-muets peuvent crier, ce que le malade ne peut pas faire. On a bientôt dit : c'est une psychose. Mais en connait-on de semblables ? Mendel répète qu'il n'existe pas de trouble de l'intelligence, ni de la mémoire, ni des émotions, et il est évident qu'il n'y a point de lésions *organiques* des centres du langage ni l'audition. Bien des aliénés sont muets, les uns parce qu'ils n'ont pas d'idées à exprimer, les autres parce qu'ils sont scus l'influence de conceptions délirantes qui leur interdisent de parler etc.

Voici comment l'auteur cherche à s'expliquer le processus morbide. D'après les idées physiologiques actuelles sur l'activité de l'appareil nerveux central, on admet qu'il existe, dans le cerveau, des centres qui transforment en sons, par l'activité combinée de différents nerfs (facial, glosso-pharyngien, vague, hypoglosse), les images verbales contenues dans le centre du langage. Une paralysie de ce centre spécial, d'ailleurs intact, aussi bien que les mouvements de la langue, etc., produira pourtant une incapacité d'exécuter les mouvements compliqués de la parole articulée. Quant à indiquer le point du mécanisme en défaut, c'est ce qu'on ne peut faire aujourd'hui, quoique certaines observations pathologiques nous inclinent à le placer dans le noyau lenticulaire.

De même pour la surdité : on pourrait invoquer l'anesthésie d'un autre centre cou-cortical (tubercules quadrijumeaux postérieurs, thalamus optique) : on a déjà dit qu'il ne s'agit pas ici d'une surdité verbale, dont le centre est localisé dans l'écorce du lobe temporal.

Si l'on admet cet essai d'explication, il n'y a plus lieu de s'étonner que le malade, quoique sa maladie dure depuis plus d'un an, ne présente aucune anomalie psychique, ce qui serait assurément fort étrange avec une affection de l'écorce.

Il faut aussi tenir compte, pour s'expliquer que le langage et l'ouïe soient surtout affectés dans la névrose de ce malade, des lésions périphériques du larynx (infiltration tuberculeuse de la corde vocale gauche, avec immobilité presque complète du cartilage aryténoïde gauche), et des oreilles (perforation

de la membrane du tympan de l'oreille droite, catarrhe chronique dans la cavité du tympan de l'oreille gauche) : ces lésions représentent évidemment un *locus minoris resistentiæ*.

Quant à expliquer la périodicité de cette affection, l'état présent de la science ne le permet pas, mais on peut songer à la périodicité d'autres graves névroses, telles que l'épilepsie. L'hypothèse d'une névrose vaso-motrice ne mène pas loin en pareil cas. Pourquoi, en effet, les nerfs vaso-moteurs seraient-ils périodiquement excités et paralysés, etc?

L'absence de tout signe de lésion organique du cerveau permet de considérer ce trouble comme étant de nature fonctionnelle ; le pronostic n'est pas défavorable. Le traitement méthodique auquel le malade a été soumis depuis le 14 juillet de cette année (application d'un gros aimant en fer à cheval du côté de son bras droit, d'un courant constant avec l'anode au serobicule du cœur, la cathode sucessivement au larynx, à la nuque, à l'apophyse mastoïde, suggestion, hypnotisation, etc.), n'a pas été sans quelque succès : les contractions du bras droit ont presque complètement disparu, les attaques survenant spontanément n'ont plus été observées, bien qu'un contact imprévu du bras droit suffise toujours pour les provoquer; quant au langage et à l'ouïe, dès le 2 juillet (10 jours après le commencement du traitement), ils se manifestaient de 7 à 10 heures, au 31 juillet ils persistaient jusqu'à 2 heures de l'après-midi, le 1er août jusqu'à 7 heures du soir, et, le lendemain, ils ne disparaissaient plus. A... retourna chez lui, le 4 août, guéri en apparence de sa surdi-mutité. Cet état se maintint jusqu'au soir du 8 août; mais, vers 7 heures 3/4, survint une attaque avec perte de conscience, le malade redevint muet, l'ouïe persista, puis la parole revint, disparut, etc. Bref, tous les accidents ont récidivé.

Jules Soury.

JOURNAUX ITALIENS

LA PSYCHIATRIA

(Fasc. I et II, 1886).

LES LÉSIONS DE LA VESSIE ET DE LA PROSTATE DANS LA PARALYSIE PROGRESSIVE par M. GIUSEPPE D'ABUNDO.

M. d'Abundo a recherché chez 40 paralytiques généraux les lésions de la vessie et de la prostate. Deux fois, il a trouvé de la cystite chronique liée à des rétrécissements de l'urètre, états pathologiques de toute évidence indépendants de la paralysie générale, mais il a constaté en outre, chez des malades à la dernière période, un léger catarrhe chronique de la vessie, sans rétrécissement du canal, ni hypertrophie de la prostate, qu'il attribue à l'accumulation de l'urine, et à la vitalité affaiblie de l'organe, d'où des désordres circulatoires aptes à développer un lent processus inflammatoire. Chez d'autres paralytiques, qui n'étaient pas tous à la période ultime de leur affection, il a rencontré aussi de la cystite chronique avec hypertrophie de la prostate, gênant la mixtion, et hypertrophie des parois vésicales. Parmi ces malades, se trouvait un homme de 41 ans, l'âge semble donc n'être pour rien dans ces états pathologiques. M. d'Abundo inclinerait à rattacher l'hypertrophie de la vessie à une réaction plus intense de ce réservoir, engendrée par l'hyperexcitabilité de l'axe cérébro-spinal, et l'hypertrophie de la prostate à des spasmes des sphincters dans la constitution desquels entrent des fibres musculaires de cet organe, spasmes qui détermineraient un afflux du sang et un fonctionnement exagéré de la glande, avec hypertrophie consécutive.

UN CAS DE FOLIE DU DOUTE, par LE D[r] GUISEPPE SEPPILLI.

Femme de 49 ans, atteinte depuis dix-neuf ans de folie de doute, sans affaiblissement intellectuel consécutif et sans délire du toucher. La malade, héréditaire vésanique, devint aveugle à 13 ans, et de tout temps fut curieuse, aimant à questionner sur tout. Sa maladie éclata à la mort de sa mère et consistait à s'interroger sur tous les actes passés et présents de sa vie, et à obtenir des réponses non insensées, mais contradictoires. Pas d'hallucinations ni de conceptions déli-

rantes, conscience parfaite et volonté impuissante à dominer le mal qui, dans les premières années, se manifestait par accès, et avec le temps, devint continu. La malade portait des marques de dégénérescence. Rachitique, elle s'était mal développée, elle était en outre microcéphale et ultrabrachicéphale. M. Seppilli range ce cas parmi les idées fixes, dont il explique la genèse par l'activité prépondérante d'un groupe de cellules corticales, associé à un affaiblissement de la volonté.

Le courant électrique dans un cas de paralysie agitans, par M. V. E. Sugria.

Chez un paysan de 67 ans, atteint depuis six ans d'une paralysie agitans, due à une frayeur associée à des chagrins et que n'avait modifié ni le chloral, ni le bromure de potassium, ni la belladone, ni l'opium, ni l'arsenic, l'application du courant constant (le pôle positif au haut de la nuque, le négatif à la dernière cervicale), amenait une diminution immédiate et notable du tremblement qui persistait une heure et même une heure et demie.

Nouvelles recherches sur l'hypnotisme, par M. Guiseppe d'Abundo.

Les recherches de M. d'Abundo ont été exécutées sur un jeune homme de 30 ans environ, et sur une petite fille. L'auteur italien a constaté, durant la phase somnambulique, la dilatation du champ visuel. Par la suggestion verbale, il a pu faire apparaître et disparaître à volonté de l'hémianopsie à limites également dilatés ; au réveil, l'hémianopsie persistait, mais dans les limites de la vision normale ; toutefois, en replongeant le patient dans le sommeil, la dilatation se produisait de nouveau. Même à l'état de veille, par simple suggestion verbale, il a pu, chez ses sujets, faire apparaître et disparaître des phénomènes hémianopsiques, identiques à ceux de l'état somnambulique, moins la dilatation qui se montrait dès que le sommeil était provoqué. La dilatation du champ visuel de l'état somnambulique persistait au réveil quand l'ordre en était donné durant le sommeil, elle s'obtenait encore à l'état de veille par suggestion verbale. Enfin, il a été possible à l'expérimentateur, dans l'état somnambulique, d'obtenir, toujours par suggestion verbale, des phénomènes hemianopsiques à échéances. Toutes les fois que dans l'état somnambulique, durant l'examen perimétrique, l'opérateur appliquait

la face palmaire derrière l'occiput du sujet à la distance d'un centimètre, la cécité se produisait, et il suffisait d'éloigner la main pour rétablir la vision. Le même phénomène s'obtint dans les mêmes conditions à l'état de veille. M. d'Abundo a reproduit en outre, chez ses sujets, la polarisation psychique de Féré, dans l'état de sommeil et dans l'état de veille, par l'application de la main derrière l'occiput. Les mêmes phénomènes se produisaient quand la main était placée à 1 ou 2 centimètres du dos. Le médecin italien recherche ensuite l'explication de ces manifestations. Il la trouve dans l'hyperesthésie pour la dilatation du champ visuel ; l'hémianopsie par suggestion verbale ne diffèrerait en rien des autres suggestions. Pour les phénomènes d'arrêt et de polarisation de la pensée, M. d'Abundo accepte les idées du professeur Bianchi en ce qui concerne l'état somnambulique, mais il juge de nouvelles recherches nécessaires pour se prononcer sur ceux de l'état de veille.

Le crane de l'homme considéré au point de vue anthropologique, par M. Michele Gentonzi.

Dans cet important mémoire, peu susceptible d'analyse, car il tire toute sa valeur des détails, M. Gentonzi étudie minutieusement les caractères anthropologiques des crânes dans les diverses races et leur valeur.

Dégénérations descendantes dans le cerveau et dans la moelle épinière. Contribution a la théorie des localisations cérébrales.

Ce mémoire qui a paru aussi dans *Neurologisches Centralblatt* a été déjà analysé par M. Jules Soury, dans le numéro de mai-juin 1887, page 364.

(La Psichiatria).

(Fasc. III et IV, 1886.)

Sur l'importance physiologique et thérapeutique de la musique par le professeur Vigna.

Ce mémoire est un éloge passionné des bienfaits de la musique; par malheur le professeur de Venise ne justifie son enthousiasme par aucun fait. Ses considérations sont purement théoriques, partant, dépourvues d'intérêt pour le clinicien.

Sur quelques lois biologiques de l'esthétique musicale par le Dr Domenico Tanzi.

Dans ce court travail qui n'est qu'une communication préventive, M. Tanzi annonce qu'il s'est proposé de rechercher si c'est à une différence dans le temps de réaction qu'il faut attribuer les impressions diverses, produites par les accords en majeur et les accords en mineur, les premiers excitant naturellement la gaieté, les seconds la tristesse.

Un cas d'uxoricide. Délire des persécutions par le professeur Bianchi.

Le malade du professeur Bianchi, âgé de 45 ans, héréditaire vésanique, très sobre, halluciné de la vue, de l'ouïe et du goût, lypemaniaque, convaincu de l'animosité de tous, tua sa femme qu'il accusait de le tromper, de le dépouiller et d'ameuter les gens contre lui. L'affection datait de cinq ans. D'après les idées en faveur chez nous, cet aliéné serait atteint, non de délire des persécutions comme le dit le savant professeur de Naples, mais de lypemanie chronique.

A propos d'assassinat. Étude phreniatrico-légale par le professeur Giuseppe Zuno.

L'auteur termine son long mémoire par les trois conclusions suivantes que nous rapportons textuellement, car elles sont la conséquence d'une doctrine médico-légale contre laquelle, à mon avis, on ne saurait trop protester. Je suis chaque jour de plus en plus convaincu que des conclusions, comme celles du professeur Züno, ne peuvent que discréditer la médecine légale des aliénés et enlever toute autorité aux aliénistes, si l'expert doit se borner à un diagnostic rigoureux, à dire si oui ou non l'accusé était aliéné au moment des actes incriminés, comment et pourquoi. Telle est, du moins, mon opinion.

Le professeur Züno a conclu que :

1° C. F. de 74 ans, inculpé d'homicide volontaire avec préméditation, commis le 28 mai 1886, sur la personne de G. S. et de tentative d'homicide, dans les susdites conditions de temps et de lieu, contre C. V, n'est pas actuellement tourmenté d'aliénation mentale expansive (manie et ses espèces), par concentration (diverses paranoia), par défaut (idiotie, imbécillité, démence), ou dégénérative, (monodélires systématisés, folie morale), ni même de grandes névroses (épilepsie, hystérie, chorée, hallucinations, illusions), lesquelles facilement sont précédées, suivies ou accompagnées de folie ou se transforment avec facilité en aliénation mentale par le progrès du mal.

2° C. dans le laps de temps qui s'écoula de mars à mai 1886, se trouvait dans un état nerveux hypocondriaque et ce nervosisme, joint à la faiblesse irritable produite par des abus de vin et de femmes, n'a pas pu ne pas exercer sur le psychique de l'accusé une bien triste influence limitative de l'intelligence et de la liberté de choix, bien que tout cela ne constitue pas un vrai et décisif processus nosologique de folie.

3° Cet état anormal du système nerveux de l'accusé dépendant d'excès, de désastres endurés et de la douleur morale de la perte d'un petit-fils de quatorze ans tendrement aimé, ne peut pas ne pas être pris en équitable et bienveillante considération par la justice qui châtie pour toutes les conséquences juridiques qui en peuvent découler.

La psychologie comparée et expérimentale par le professeur Sergi.

Pour le professeur Sergi les fonctions psychiques ont pour but essentiel la conservation de l'individu et de l'espèce; elles sont destinées à assurer la nutrition et la reproduction, et sont par conséquent, tout comme celle-ci, des fonctions vitales. Voici, basé sur ce principe, le programme que M. Sergi a développé dans son cours.

I. — *Partie générale.*

1. La sensibilité comme propriété biologique.

Preuves de cette thèse, au moyen

a d'expériences sur la sensibilité avec les anesthésiques.

b de l'embriologie montrant l'origine commune de tous les tissus vivants, y compris le nerveux.

c de la morphologie comparée, spécialement avec celle des protozoaires.

d de la spécialisation de la sensibilité du tissu nerveux, comme de la spécialisation de tout autre tissu qui assume une fonction distincte.

e de l'évolution organique à partir des protozoaires.

2. Origine des organes des sens et du tissu nerveux central et périphérique.

a Relation de l'organisme animal avec le milieu ambiant physique, lumière, température, humidité, action mécanique.

b Apparition et développement des organes sensoriels externes.

c Apparition et développement des organes centraux.

3. La vie de relation et les fonctions psychiques.

a Sensibilité et mouvement (Estocenesi).

b Relation de cette double fonction, des protozoaires aux vertébrés et à l'homme.

4. La sensibilité et ses formes comme fonction de protection.

a Sensation.

b Perception.

c Émotion.

5. Les formes du mouvement comme fonctions de protection.

a Mouvement reflexe.

b Volontaire.

c Automatique.

6. La mémoire comme fonction de protection.

a La mémoire organique.

b La mémoire psychique.

7. La conscience comme développement de la fonction de protection.

a Conscience et sa signification.

b Extension et limites de la conscience.

c Phénomènes de l'inconscience.

8. Le psychique et la vie.

a Origine unique du psychique et de la vie.

b Développement parallèle de toutes les fonctions vitales.

c Relation entre toutes les fonctions vitales.

d Evolution du psychique et de toutes les autres fonctions vitales.

9. Les fonctions psychiques comme phénomènes organiques.

a Les phénomènes psychiques et les processus nerveux.

b Les phénomènes psychiques et le temps physiologique.

c L'inconscience et la fonction psychique.

d Les concomitances physico-chimiques.

e La pathologie du système nerveux central et périphérique.

10. Les fonctions psychiques dans la série animale.

a Comme caractères primaires de la défense.

b Comme caractères secondaires de la défense.

11. Les fonctions psychiques chez l'homme et chez les races humaines.

a Comme caractères primaires de la défense.
b Comme caractères secondaires.

II. — *Partie spéciale.*

1. Sensation.
2. Perception.
3. Mouvement.
4. Émotions.
5. Instinct et raison.
6. Observations expérimentales sur l'homme et sur les animaux.
7. Temps physiologique dans les processus physico-psychiques humains. Expériences.

CIRCULATION ENDOCULAIRE ET PHÉNOMÈNES PUPILLAIRES CHEZ L'HYPNOTISÉ par le Dr SGROSSO.

Très intéressant mémoire. L'auteur a opéré sur un homme de 32 ans, et une femme nevropathique de 45. Chez tous les deux les phénomènes pupillaires ont été identiques. A peine passaient-ils de la veille au sommeil hypnotique que la pupille se dilatait un peu et restait dans cet état tout le temps de l'hypnose, peu après le réveil, elle revenait telle qu'avant le sommeil et recouvrait la faculté de réagir à la lumière, propriété qui, durant la phase hypnotique, n'était pas complètement détruite mais très diminuée. La circulation endoculaire des deux sujets du Dr Sgrosso a subi les mêmes modifications sous l'influence des suggestions émotives. La pupille s'anémiait avec les suggestions déprimantes et s'hyperémiait avec les suggestions gaies. Un résultat opposé a été obtenu par les suggestions du froid et du chaud chez l'homme ; les premières ont déterminé la dilatation des vaisseaux, les secondes leur resserrement ; l'inverse fut constaté chez la femme. M. Sgrosso reconnaît son impuissance à expliquer cette contradiction et croit même que les faits auraient besoin du contrôle de nouvelles observations.

SUR LE POIDS COMPARATIF DES DEUX HÉMISPHÈRES CÉRÉBRAUX CHEZ LES ALIÉNÉS, par le professeur ENRICO MORSELLI.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé le savant professeur de l'Université de Turin.

1° Contrairement à l'assertion de Luys, tant chez les sains d'esprit que chez les aliénés, l'hémisphère cérébral droit pèse en moyenne plus que l'hémisphère gauche.

2° Cette différence de poids se maintient dans les deux sexes et à toutes les périodes de l'existence.

3° La folie tend à augmenter la différence de poids des deux hémisphères, et spécialement celle en faveur de l'hémisphère droit.

4° Les plus grandes différences de poids sont fournies par les psycopathies paralytiques et hémipégiques, auxquelles succèdent dans l'ordre descendant les psychoses dites séniles mais dans ces cas, la prépondérance d'un hémisphère sur l'autre doit être attribuée à des processus morbides d'atrophie ou d'involution cérébrale.

5° Abstraction faite de l'action perturbatrice des processus atr ophiques, l'asymétrie cérébrale la plus grande se rencontre chez les individus affectés d'épilepsie ; dans ce cas, elle doit vraisemblablement tenir à une déviation dans le développement morphologique des centres nerveux.

6° Il n'existe aucun rapport entre la différence de poids des deux hémisphères d'un cerveau d'aliéné et les asymétries du crâne qui le contient.

RIVISTA SPIRIMENTALE DE FRENIATRIA ET DE MEDICINA LEGALE.

(Fascicule IV 1886.)

SUR LA FINE STRUCTURE DES CORPS STRIÉS ET DES THALAMUS OPTIQUES, par le Dr VITTORIO MARCHI.

Les cellules nerveuses qui se rencontrent daas les corps striés sont de deux espèces, grandes et moyennes; elles sont munies de nombreux prolongements parmi lesquels un seul se distingue par des caractères spéciaux et est *le prolongement nerveux*, tous les autres ne sont que des *prolongements protoplasmatiques*. Les prolongements nerveux se comportent de deux manières : les uns à courte distance de leur origine, perdent leur propre individualité, se subdivisant en *totalité* et donnant lieu à un très fin réseau nerveux, ce sont ceux provenant des cellules du second type ; ceux des cellules du premier type vont directementconstituer les cylinder axis d'une fibre, non sans avoir cependant émis quelques fins ramuscules qui se perdent dans le réseau nerveux dont nous venons de parler. Dans les deux noyaux du corps strié on observe les deux types de cellules, mais ceux du second type prédominent; cette prédominance toutefois est *moins prononcée* dans

le noyau lenticulaire. Dans les thalamus optiques on ne trouve pas de groupes isolés de cellules; celles-ci sont répandues irrégulièrement dans toute la masse de substance grise; elles sont surtout grandes et très ressemblantes à celles des cornes antérieures de la moelle; comme dans les corps striés, elles présentent un seul prolongement nerveux et plusieurs prolongements protoplasmatiques. A l'inverse de ce qui se rencontre dans ces corps, dans les thalamus optiques les cellules du premier type prédominent. Quant aux fibres, elles entrent en relations avec les cellules de ces deux organes, soit *directement* en se fusionnant avec le prolongement nerveux des cellules du premier type, soit *indirectement* en se perdant dans l'épais réseau susmentionné.

La capsule interne contient des fibres qui unissent directement les pédoncules cérébraux à la couronne rayonnante, d'autres qui, parties du pédoncule, s'arrêtent aux glanglions de la base, d'autres encore qui de ceux-ci vont à la couronne rayonnante, quelques-unes enfin qui, nées des cellules contenues dans l'épaisseur de la capsule même, suivent un cours ascendant ou descendant. Les prolongements protoplasmatiques, eux, ne participent en aucune façon à la formation du réseau nerveux, mais par l'intermédiaire de leurs plus fines ramifications, ils sont en relations avec les vaisseaux et les cellules de la névroglie. Cette *névroglie* est essentiellement représentée par des cellules munies de prolongements nombreux, longs et fins, très ramifiés qui vont par diverses expansions s'insérer aux parois des vaisseaux. Enfin l'*épendyme*, qui couvre les corps striés et la face interne des thalamus optiques, est constituée par des cellules cylindro-coniques, dont la partie la plus effilée se continue par un prolongement qui donne lieu à de très nombreuses ramifications, s'insérant, pour le plus grand nombre aux vaisseaux.

Telle serait, d'après M. Vittorio Marchi, la fine structure des corps striés et des thalamus optiques.

Recherches de psychologie expérimentale par le Dr Sergi.

M. Sergi est arrivé par ses expériences sur cinq personnes, dont deux docteurs, l'un en médecine, l'autre en droit et deux étudiants, à nier que dans le cas de l'expérimentation de la réaction simple il y ait deux temps distincts, pour l'entrée dans le champ de la conscience ou perception et pour l'aperception ou attention, ainsi que le veut Wundt. La personne qui réagit lors de l'expérimentation se trouve, dit l'auteur, pré-

cisément en état d'attention, même en attente de la sensation. La distinction de Wundt n'aurait sa raison d'être que quand le sujet est distrait, car alors l'excitation se porte d'abord à la conscience et appelle l'attention. En effet, M. Sergi n'a trouvé dans ses expériences, aucune différence entre les réactions auditives, qu'elles fussent ou non précédées d'avis. Il n'a pu vérifier non plus, au moins pour le sens de l'ouïe, la loi de Wundt, généralement acceptée pourtant, d'après laquelle le temps de réaction est en raison inverse de la force d'excitation. D'un autre côté les temps de réaction' obtenus, par le professeur italien, sont de beaucoup plus courts que tous ceux publiés jusqu'à ce jour.

Recherches sur le sang chez les aliénés par le Dr Giuseppe Seppilli.

Le savant aliéniste d'Imola a dirigé ses recherches sur 200 malades, atteints de toutes les formes de folie, 104 hommes et 96 femmes. Voici les résultats obtenus.

Chez les aliénés admis depuis peu à l'asile, il put très fréquemment rencontrer une richesse globulaire inférieure à la normale (hypoglobulie), et chez les femmes ce fait se montra avec une fréquence et une intensité plus grandes que chez les hommes. La folie pellagreuse fut celle à hypoglobulie la plus fréquente, 9/10 des cas examinés. Dans la mélancolie, l'hypoglobulie fut observée dans la moitié des cas, tandis qu'elle n'a été notée que sur le quart des maniaques. Dans l'épilepsie, l'imbécillité et la folie paralytique, la richesse globulaire est normale le plus souvent. D'un autre côté, les moyennes globulométriques les plus basses ont été fournies exclusivement par des pellagreux; puis vinrent les cas de mélancolie et en dernier lieu ceux de manie, dans lesquels l'hypoglobulie atteignait, seulement par exception, un dégré très notable. Inversement, dans la majeure partie de ces derniers cas existait une richesse globulaire du sang égale ou supérieure à la normale, même les moyennes globulimétriques les plus élevées ont été données par eux et ensuite par un petit nombre de cas de mélancolie, jamais par la folie pellagreuse. Dans cinq cas la quantité de globules blancs a été supérieure à la normale et inférieure dans neuf. Dans la proportion de 77 5 0/0 les rapports entre globules blancs et rouges ont été normaux. Les rapports de 1 : 900 à 1000 ont été en plus grand nombre chez les femmes, et chez les hommes les rapports de 1 : 1100 à 1200. De plus chez celles-là la richesse relative des globules blancs

a été supérieure à celle des hommes, ce qui dépendait sans doute, au moins en partie, de leur hypoglobulie plus marquée. Dans l'immense majorité des cas, la richesse en hémoglobine était inférieure à la normale, surtout chez les femmes (62 femmes sur 96 soit 64 5 0/0 et 46 hommes sur 104, soit 43 4 0/0). Cette pauvreté en hémoglobine se montra comme fréquence et intensité, surtout dans la folie pellagreuse. Elle fut discrète et plus marquée chez les femmes dans la mélancolie; la manie présenta, elle, dans la majorité des cas, une quantité d'hémoglobine normale ou voisine de la normale. Un rapprochement entre les cas de manie, de mélancolie et de folie pellagreuse établit que ces derniers étaient compris pour la plus grande partie parmi les moyennes les plus basses, qu'un peu plus de la moitié des secondes figuraient dans les moyennes de 55° à 95° d'hémoglobine, et que les premiers, en grande majorité (80 °/°), dans les moyennes les plus élevées. La pauvreté en hémoglobine se révéla aussi dans les cas de stupidité, principalement chez les femmes, tandis que les déments séniles, les épileptiques, les imbéciles et les paralytiques offrirent fréquemment un degré citométrique normal ou voisin de la normale. De là cette conclusion générale qui est, comme le proclame l'auteur lui-même, la confirmation des résultats déjà publiés par Gallopain, Raggi et Rutherford-Macphal. L'hypoglobulie et la rareté de l'hémoglobine se rencontrent très souvent dans les premiers stades de la folie et de la folie pellagreuse en particulier, et prédominent, soit comme fréquence, soit comme intensité, de préférence chez les femmes.

Quant aux rapports qui existent entre ces états du sang et les vésanies, M. Seppilli conclut en disant : « s'il est possible quelquefois de trouver un lien causal entre la folie et les altérations du sang par nous observées, nous ne sommes pas pour cela autorisé à en déduire qu'il existe un rapport de causalité entre les deux groupes des faits. Il suffit de considérer, pour se convaincre du contraire, qu'aux phrénopathies les plus diverses correspond assez souvent le même degré globulimétrique et citométrique que chez les individus les plus sains d'esprit. Quoiqu'il en soit, nos recherches mènent à une conclusion pratique, puisque les résultats par nous obtenus sur la fréquente rareté des globules et de l'hémoglobine dans les premiers stades de la folie, nous enseignent que les bonnes conditions hygiéniques des asiles, une bonne alimentation,

les toniques et les reconstituants doivent former une des fondations principales sur lesquelles doit se baser la thérapeutique des maladies mentales. »

Sur les voies de conductibilité dans la moelle épinière, par le Dr Alessandro Borgherini.

Les expériences de M. Borgherini lui ont montré tout d'abord le bien fondé de l'opinion de Woroschiloff et de Weiss que la substance grise ne contient pas de *longues voies*, c'est-à-dire n'est pas en état de guider, de la périphérie au centre et *vice versa*, les impulsions motrices volontaires et les impressions sensitives. Elles lui ont fait voir ensuite que les voies motrices, dans le fonctionnement normal, ont leur siège dans les cordons latéraux, mais que les cordons antérieurs contiennent des voies collatérales qui entrent peu à peu en fonction, après que les voies principales des cordons latéraux ont été détruites. En outre le médecin italien a vérifié une fois de plus l'action trophique des cellules grises de la corne antérieure, il a constaté que les altérations dans les muscles, à la suite de la lésion expérimentale de ces cellules, sont déjà visibles au microscope le quatrième jour, qu'elles suivent une marche progressive rapide et que jamais, même à la longue, n'apparaît aucun fait d'irritation, ni dans la fibre musculaire elle-même, ni en dehors d'elle, dans le tissu connectif interstitiel ou dans les vaisseaux. Enfin, d'après l'auteur, les impressions sensitives ont pour voies principales, au moins celles des membres inférieurs, les cordons latéraux et pour voies de suppléance les cordons antérieurs.

Sur un singulier phénomène hallucinatoire présenté par une névrosique, par le Pr Achille de Giovanni.

La malade du professeur de Giovanni présentait des troubles névropathiques variés, paresthésie cutanée et viscérale, névralgies, crampes, altérations trophiques. Elle était de plus sujette à un bizarre phénomène hallucinatoire qu'elle décrivait elle-même en ces termes : « J'ai toujours devant moi des figures et des visages qui, à chaque moment changent d'expression mais le curieux est que ces apparitions ont lieu quand je sens en convulsions ces parties (elle désigne le visage et le cou) de mon corps » Se basant sur d'autres troubles nerveux dont était atteinte la malade et dus sans conteste à une surrexcitation cérébrale, le professeur de Padoue croit que les contractions des muscles du cou et du visage relevaient d'une activité automatique de la zone

psycho motrice; cette contraction automatique serait suivie d'une impression corrélative du sens musculaire qui, parvenue au centre cérébral de l'idéation, engendrerait une réprésentation psychique correspondante. Mais comme les réprésentations hallucinatoires se composent d'éléments assemblés dans la mémoire, l'auteur suppose que la patiente a du voir quelquefois dans le miroir sa propre image déformée par les convulsions et qu'elle en a eu une impression qui, à chaque retour de ses convulsions, sous l'influence de la surexcitation du centre cérébral de la vision, facilement se reproduit et se transforme en hallucinations.

Sur la structure de la glande pinéale par le Dr Attilio Cionini.

M. Cionini résume ses recherches dans les trois conclusions suivantes. :

1° Les cellules qui forment le stroma de la glande pinéale ne sont pas de nature nerveuse mais connective, comme le prouvent l'aspect particulier de l'ensemble, les expansions en forme d'entonnoir qui les unissent aux vaisseaux, et pardessus tout le manque de prolongement nerveux.

2° Les fibres nerveuses manquent dans la glande pinéale ou s'y trouvent accidentellement.

3° La glande pinéale est un organe formé de tissu connectif (névroglie), partant manquant d'éléments nerveux et incapable d'avoir aucune importance fonctionnelle appréciable.

Dégénérations descendantes et ascendantes consécutives a la compression de la moelle cervicale, par le Dr Vittorio Codeluppi.

Il s'agit d'une paysanne de 72 ans, à antécédents héréditaires, atteinte deux fois de folie, qui, en septembre 1883 fit sur le dos une grave chute, suivie de désordres moteurs et sensitifs et de troubles intellectuels. Conduite à l'asile le 23 novembre de la même année, elle présentait, en dehors de ses aberrations mentales (démence mélancolique), l'état physique suivant : décubitus dorsal, impossibilité de changer de position, membres inférieurs un peu en flexion, mouvements d'adduction et d'abduction tout à fait impossibles, marche impraticable, sensation du sol conservée, reflexes rotulaires exagérés et diffus, mouvements passifs libres, parésie des bras, sensibilité tactile thermique et à la douleur de beaucoup au-dessous de la normale, surtout dans les membres supérieurs. La maladie évolua ainsi qu'il suit. On nota cons-

tamment la triple anesthésie de toute l'enveloppe cutanée, associée à la paralysie complète des membres inférieurs. Quand la malade était assise elle accusait des s ecousses dans ses membres, qui oscillaient dans le sens latéral, tandis que les pieds, à plusieurs reprises, se heurtaient l'un contre l'autre phénomènes extrêmement douloureux d'ailleurs. Le reflexe du genou fut toujours exagéré et diffus ! Il en fut ainsi jusqu'en février 1886 où ces symptômes s'aggravèrent de plus en plus. On nota alors la rétraction des doigts de la main droite; l'exagération du reflexe rotulien fut plus marquée ; en outre la percussion d'un point quelconque de la cuisse déterminait des secousses musculaires qui se propageaient loin du point frappé. La malade ne sentit plus le besoin d'uriner, la constipation s'accrut, à la paralysie succéda la contracture complète des membres inférieurs ; de violentes douleurs fulgurantes éclatèrent dans les quatre membres et des plaies de position apparurent au sacrum et aux régions trochantériennes, ainsi que des symptômes de catarrhe bronchique avec œdème pulmonaire. La malade tomba dans un état grave de torpeur accompagné de l'abolition complète de tous les mouvements spontanés, et de la diminution de la sensibilité générale jusqu'à la mort qui survint le 26 février 1886.

A l'autopsie on trouva, en correspondance de la cinquième et sixième vertèbre cervicales une bride cartilagineuse, mince, à superficie lisse, qui comprimait la face postérieure de la moelle au point de produire un sillon assez profond. La moelle épinière, dans toute sa longueur, était un peu moins épaisse qu'à l'état normal ; à moitié environ du renflement cervical, au niveau de la compression, elle se montrait aplatie dans le sens antéro-postérieur.

L'examen histologique fit voir à la région lombaire une sclérose complète des cordons latéraux, sclérose qui se continuait aussi tout le long de la moelle dorsale. A deux centimètres environ au-dessous de la compression commençait à apparaître en outre la sclérose des cordons postérieurs, d'autant plus marquée qu'on se rapprochait de la bride cartilagineuse. A ce niveau, la sclérose avait complètement envahi et détruit tant les cornes que les cordons postérieurs et latéraux, seuls les cornes et les cordons antérieurs étaient épargnés. Au-dessus de la lésion, la sclérose des cordons latéraux diminuait peu à peu jusqu'à disparition, tandis que

celle des cordons postérieurs restait très évidente. La substance, médullaire correspondant aux faisceaux sclérosés, présentait un aspect finement granulé avec de nombreux corpuscules amiloïdes, sans une seule fibre nerveuse normale. La vascularisation était augmentée et les gaines lympatiques distendues par des corps granuleux. La sclérose des cordons postérieurs se prolongeait jusqu'à la partie interne des corps restiformes, au niveau des olives inférieures ; peu à peu elle diminuait de volume, à partir de ce point, pour cesser au bord inférieur du pont, en laissant éparses çà et là quelques fibres dégénérées dans la moitié postérieure du bulbe. Quant aux cordons latéraux, la sclérose, au-dessus de la lésion, disparaissait petit à petit, non cependant en totalité car on retrouvait, vers l'entrecroisement des pyramides, beaucoup de fibres déjà en proie au processus dégénératif.

ASSASSINAT DE SES TROIS FILLES COMMIS PAR UNE FEMME LYPÉMANIAQUE par le Professeur TAMBURINI.

C'est le cas trop fréquent, hélas! partant bien connu, d'une mère atteinte de lypémanie avec hallucinations, idées de persécutions et conceptions délirantes démoniaques, qui noie ses trois enfants en bas âge pour les soustraire aux chagrins et aux misères de ce monde, puis tente de se suicider.

Dr E. MARANDON DE MONTYEL.

BIBLIOGRAPHIE

Le crâne et la folie, par le Dr W. RODRIGUEZ de la Torre, de Buénos-Ayres.

L'auteur de cet ouvrage étudie les déformations crâniennes dans leurs rapports avec la folie. Il a examiné, à ce point de vue spécial, 532 malades répartis de la façon suivante :

Idiots, 19; Déments, 58 ; Paralytiques généraux, 37 ; Epileptiques, 21 ; Hystériques, 18 ; Maniaques, 175 ; Mélancoliques, 87, Persécutés, 49; Folie alcoolique, 50; Folie syphilitique, 8; Folie simulée, 4; Folie rhumatismale, 5; Folie puerpérale, 1;

Les mensurations ont été faites au moyen du *conformateur* dont se servent les chapeliers. 156 figures, reproduisant les tracés obtenus avec cet instrument, accompagnent le texte.

L'auteur rappelle les difficultés de son sujet qui, jusqu'ici, manque d'une base d'observations suffisamment étendue. Aussi présente-t-il avec de grandes réserves les conclusions auxquelles il est arrivé. Si les rapports des déformations crâniennes avec l'aliénation mentale en général et avec la criminalité ont été dès longtemps théoriquement soupçonnés, il n'est que trop vrai que leur étude n'a pas donné lieu à un nombre de travaux permettant de poser des conclusions nettes; on a plutôt recueilli des curiosités, pieusement conservées dans les musées d'anatomie, que des faits véritablement scientifiques et probants.

Après avoir indiqué les travaux de Morel, qu'il appelle « le Darwin de la pathologie mentale, » de Broca, de Luys et d'autres anthropologistes, l'auteur expose, en autant de chapitres qu'il a étudié de formes d'aliénation, le détail et le résultat de ses recherches.

Sa première conclusion est que, dans la folie considérée en général, la grande majorité des cas s'accompagne d'une notable asymétrie crânienne. Cette asymétrie manquerait — il était facile de le prévoir — dans les cas de folie « acquise à un certain âge de la vie, » par exemple dans les folies alcooliques,syphilitiques; elle serait propre aux psychoses « idiopathiques ou héréditaires ». Son caractère le plus général consisterait dans « la prédominance des lobes latéro-postérieurs, même dans les cas où le volume de la tête est sensiblement réduit.

Dans l'idiotie, la caractéristique est fournie par l'irrégularité des contours, avec saillie exagérée de la protubérance occipitale.

Dans la paralysie générale, on observerait le plus communément la prédominance des lobes frontaux.

Chez les épileptiques, les tracés indiquent une extrême irrégularité de la ligne du front et une asymétrie notable pour les deux côtés du crâne. On sait toute l'importance qu'attachait Lasègue à ce dernier signe.

Un des caractères les plus constants, les plus importants au point de vue du diagnostic,qui a été relevé chez les maniaques : c'est la prédominance du diamètre antéro-postérieur qui, dans quatre ou cinq cas seulement, et il faut observer qu'il

s'agissait de femmes, a été inférieur à 19 *centimètres*, c'est-à-dire encore supérieur à la moyenne qui serait, d'après Sappey, de 176 *millimètres* chez l'*homme*. — (Je ferai remarquer que ceci est en contradiction avec la première conclusion, où l'auteur donne comme caractère général la saillie des lobes latéro-postérieurs).

Inversement, les mélancoliques ont présenté une diminution de tous leurs diamètres, exception faite, naturellement, pour les mélancolies consécutives à la syphilis, au saturnisme, etc.

Au total, ce travail apporte des matériaux considérables à l'étude d'une difficile question de pathologie mentale ; l'exemple mérite d'en être encouragé et suivi.

L. F. ARNAUD.

Quelques considérations sur la folie à Paris, observée à l'infirmerie spéciale du dépôt de la préfecture de police, 1872-1885, par le Dr Augustin PLANÈS. — Thèse de Paris, 1886.

Voici les principales conclusions de cet intéressant travail :

1° Le nombre des aliénés s'est accru à Paris, d'une façon considérable, pendant les dernières années. Du 1er janvier 1872 au 31 décembre 1885, 46,000 aliénés ont été internés dans cette ville, aussi bien dans les maisons particulières de santé que dans les asiles publics. Le chiffre de ces malades suit une progression à peu près constamment ascendante. De 3,084 en 1872 ; il était de 3,336 en 1878, de 3,963 en 1883. En 1885, il a été de 4, 486, c'est-à-dire de plus d'un tiers de plus que la première année. Le chiffre des aliénés hommes est constamment supérieur à celui des femmes dans la proportion de 56,5 à 43,5 % ;

2° Les types morbides qui ont le plus contribué à l'augmentation du nombre des aliénés sont : pour les hommes, l'alcoolisme, la débilité mentale et les accidents cérébraux séniles; pour les femmes, le délire des persécutions, la mélancolie et la paralysie générale ;

3° L'alcoolisme est la principale cause de folie pour l'homme; pour la femme, il est de bien moindre importance. Les cas de ce genre ont beaucoup augmenté depuis quelques années.

L'excitation maniaque est très fréquente chez la femme et la principale cause de folie pour elle ; on l'observe aussi

très souvent chez l'homme. C'est le seul groupe dont l'importance soit en voie de diminution pour l'un comme pour l'autre sexe. Cela tient probablement à ce qu'il ne s'agit ici que d'un état symptômatique qui ne fait que perdre de son importance, à mesure qu'on sait mieux remonter à la cause étiologique;

5° Les accidents cérébraux séniles s'observent un peu plus souvent chez la femme que chez l'homme, ils ont été une cause d'internement plus fréquente pour les hommes, seulement pendant les dernières années;

6° La paralysie générale n'a pas beaucoup augmenté chez l'homme, elle paraît au contraire devenir plus fréquente chez la femme. Il est à remarquer que le nombre des cas de ce genre est plus considérable pendant le deuxième trimestre de l'année, c'est-à-dire pendant les mois d'avril, mai et juin. Est-ce une manifestation de la poussée vernale qui s'observe à ce moment dans toute la nature?

7° La débilité mentale est un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme; c'est un des groupes qui ont contribué à l'augmentation du nombre des aliénés hommes;

8° Les épileptiques sont un peu plus nombreux chez les hommes que chez les femmes;

9° L'hystérie paraît jouer un rôle compensateur et prend chez elles la place qu'occupe l'épilepsie parmi les hommes;

10° La mélancolie affecte les femmes deux fois plus souvent que les hommes. C'est un des types qui ont augmenté de fréquence depuis quelques années;

11° Le délire des persécutions s'observe aussi beaucoup plus souvent chez les femmes, et comme le précédent, ce type a contribué aussi à l'augmentation du nombre des aliénés femmes;

12° Les petits garçons internés dans les asiles sont un peu plus nombreux que les petites filles; mais, les uns comme les autres, n'entrent que pour une petite part dans la statistique des malades des deux sexes.

Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens, par le Dr L. Lichtwitz. Paris, 1887.

Le travail du docteur Lichtwitz comprend deux parties; dans la première il étudie l'anesthésie hystérique de quelques muqueuses (voies aériennes supérieures, conjonctive et tym-

pan), et de plusieurs organes des sens (goût, odorat, ouïe); dans la seconde il s'occupe des zones hystérogènes des muqueuses dont il a constaté l'existence en explorant la sensibilité de ces différentes régions.

Dans un court chapitre consacré à l'historique de la question, le docteur Lichtwitz reproduit l'opinion des principaux auteurs qui, dans ces quarante dernières années se sont occupés de l'hystérie et en particulier, celle de Gendrin qui a appelé l'attention sur l'anesthésie assez fréquente dans la même affection des muqueuses et des organes des sens; il rappelle les travaux de Briquet, 1859; ceux de M. Charcot, ceux de Thomsen et Oppenheim; il expose en un mot le développement et l'état actuel de nos connaissances sur l'anesthésie hystérique. Plus loin, le docteur Lichtwitz expose en détail les procédés qu'il a employés; pour les muqueuses buccale et nasale il a recherché plusieurs modes de la sensibilité, la sensibilité au contact avec une sonde mousse, celle à la douleur avec une sonde pointue et celle à la chaleur avec une sonde chauffée; il s'est proposé d'étudier le goût pour les substances sapides, le goût électrique; il examine ensuite l'ouïe et l'odorat.

Les conclusions de l'auteur sont que l'anesthésie des muqueuses est très fréquente dans l'hystérie; d'une manière générale, dit-il, l'anesthésie des muqueuses suit la disposition, le degré et la nature de l'anesthésie cutanée, mais cela n'a rien d'absolu. Jamais il n'a trouvé de l'hémianesthésie totale des muqueuses. L'anesthésie et l'analgésie ont été constatées à des degrés et dans des proportions variables sur les muqueuses buccale, nasale et laryngée; il en a été de même pour le conduit auditif et le tympan, la trompe d'Eustache n'a jamais paru complètement anestésique.

La diminution du champ gustatif est considérée comme un signe fréquent et presque constant dans l'hystérie.

Pour ce qui est du sens de l'odorat, l'auteur n'a constaté qu'une fois de l'anosmie totale, et quand elle existait à un degré quelconque, il n'y avait pas de rapport absolu entre l'anesthésie de l'odorat et celle de la peau.

Comme complément de son travail, le docteur Lichtwitz s'est justement préoccupé de préciser et de décrire les zones hystérogènes des muqueuses. Sur onze hystériques, six avaient des zones hystérogènes des muqueuses, sur la muqueuse nasale six fois, sur la muqueuse laryngée trois fois;

elles en présentaient sur la muqueuse buccale, sur le conduit auditif externe, sur le tympan, etc.

Les zones étaient ordinairement symétriques.

Les muqueuses, surtout la muqueuse nasale, occupées par des zones, offraient souvent des lésions anatomiques plus ou moins prononcées.

L'électricité statique abolissait l'excitabilité des zones spasmogènes.

Ces zones peuvent apparaître, disparaître, ou changer de nature du jour au lendemain; ordinairement elles sont assez constantes; elles ont une valeur diagnostique, et une fois bien constatées elles permettront d'établir un diagnostic immédiat.

On ne saurait adresser le reproche à M. le Dr Lichtwitz de s'être contenté de réunir des faits. Il les a classés dans un ordre méthodique en s'appuyant sur la physiologie; il les a en outre interprétés d'après les données de la science moderne, et leur a communiqué ainsi une valeur toute particulière. Il a donc fait une œuvre réellement originale.

THIVET.

Du morphinisme chronique et de la responsabilité pénale chez les morphinomanes par Cl. GAUDRY.

L'auteur, après avoir rappelé l'histoire et la physiologie de la morphine, présente un aperçu historique et étiologique du morphinisme, il expose ensuite la pathologie de cette intoxication, relate les rapports faits devant les tribunaux à propos du morphinisme, y ajoute quelques observations et termine par quelques considérations sur la responsabilité pénale des morphinomanes. Voici les conclusions de ce travail :

I° La morphinomanie doit être considérée comme un trouble psycho-somatique, qui peut acquérir le caractère d'impulsion morbide.

II. Le morphinisme a deux origines principales : 1° une origine *thérapeutique*; 2° une origine *passionnelle*.

III. Dans l'intoxication morphinique, il faut distinguer deux états différents : 1° un état de *puissance morphinique*, pendant lequel le morphinomane est sous l'influence de l'absorption régulière, habituelle de la morphine; 2° un état *d'abstinence morphinique*, pendant lequelle mophinomane est privé de sa ration habituelle de morphine.

IV. Dans l'état de puissance morphinique, il importe de distinguer deux périodes : 1° une période d'*euphorie*, de bien-être, caractérisée par l'activité psycho-somatique; 2° une période de *marasme*, de malaise, caractérisée par la dépression et l'irritabilité.

V. Dans l'état d'abstinence, on peut observer deux manières d'être des morphiniques; il se produit : 1° un état d'excitation délirante qui peut aller jusqu'à la fureur maniaque la plus violente; 2° un état de dépression générale pouvant aller jusqu'au collapsus.

VI. Toutes ces manifestations sont rapidement amendées par une injection morphinée suffisante.

VII. Le morphinisme est une maladie qui, mentalement parlant, atteint surtout la *volonté* et le *sens moral*.

VIII. Le morphinisme conduit à la démence définitive.

IX. La responsabilité des morphinomanes varie selon les états et les périodes d'intoxication.

X. Dans la période d'euphorie, la responsabilité reste entière.

XI. Dans la période de marasme, les auteurs admettent l'irresponsabilité quand l'acte délictueux emporte avec lui le caractère de démence et de fureur.

XII. Dans l'état de puissance, on accorde généralement la diminution de la responsabilité ou même l'irresponsabilité, quand l'acte délictueux a eu pour but de se procurer de la morphine.

XIII. Dans l'état d'abstinence, on doit admettre l'irresponsabilité, à condition toujours que les actes soient des actes de fureur et de démence.

XIV. Il est absolument nécessaire d'examiner chez un morphinomane l'état mental préexistant.

Ch. V.

Étude clinique sur la folie héréditaire (les Dégénérés), par H. Saury.

Après un premier chapitre de préliminaires historiques sur la question et de considérations générales sur l'hérédité, l'auteur a examiné le dégénéré successivement dans ses dispositions physiques, intellectuelles et morales et finalement dans sa formule délirante. Voici quelques-unes de ses conclusions :

Les traits fondamentaux de la dégénérescence considérée

chez l'adulte, comme chez l'enfant, peuvent être ramenés à deux groupes principaux :

1° *Terrain de préparation :*

a. Signes d'ordre physique. Ils n'ont rien de fixe et donnent lieu à des présomptions plutôt qu'à des certitudes. — Ce sont des irrégularités dans l'arrangement organique, des infirmités partielles, des anomalies par excès ou par défaut.

b. Signes d'ordre intellectuel et moral, plus ou moins accusés, mais constants. — Ils consistent dans un manque d'équilibre des facultés. Tantôt à un niveau intellectuel normal correspond une situation morale défectueuse ; tantôt, au contraire, l'intégrité des sentiments et des penchants s'accompagne de lésions de l'intelligence ; enfin, la pondération peut exister, mais si instable, qu'elle est incapable de résister au moindre choc.

2° *État délirant :*

a. Insignifiance des causes déterminantes. Marche irrégulière du délire qui, s'installant, se développant avec la plus grande facilité, prend d'emblée n'importe quelle forme (ambitieux, mystique, de la persécution, etc.), sans tendance à l'évolution systématique. — Accès paroxitiques avec alternations brusques. Rapidité dans le début et la disparation des phénomènes. Prédominence de l'élément impulsif sur les troubles sensoriels.

b. Obsessions et impulsions instinctives, avec conservation de l'intelligence. Syndromes épisodiques des héréditaires : folies raisonnantes, folies avec conscience, folies morales, monomanies instinctives, névroses émotives, terreurs morbides, etc. Il s'agit là d'une disposition automatique, qui se montre à tout âge, avec les mêmes attributs essentiels, quelles que soient les conditions sociales ou morales du sujet. L'obsession ou l'impulsion, avec leur caractère d'instinctivité, constituent un signe capital, pathognomonique, qu'on ne rencontre que chez les dégénérés et qui, à lui seul, est un *indice certain* de folie héréditaire.

L'ensemble des manifestations propres à la dégénérescence prouve, en somme, que l'idiot, l'imbécile et le dégénéré supérieur, appartiennent à une même famille, sont liés par une tare originelle similaire. Est-il besoin de rappeler les analogies de ces types divers ? Il suffira de résumer leurs différences, en concluant avec Morel : les vices de structure interne et les anomalies extérieures sont d'autant plus appa-

rents que les individus se trouvent placés plus bas dans l'échelle des dégénérés; le trouble psycopathique est d'autant plus évident que l'on envisage les dégrés inférieurs.

Ce n'est donc qu'une affaire comparative. L'étude progressive de tous ces états permet de s'en rendre compte; on passe alors insensiblement, de l'organisation rudimentaire au simple arrêt de développement, on va de la difformité qui s'impose à la défectuosité qui se cache, et l'on poursuit ainsi la déchéance physique, intellectuelle et morale, depuis sa formule la plus élevée jusqu'à sa plus étroite limitation.

Ch. V.

Essai sur les amnésies toxiques. — L. Cacarrié. — Thèse de Paris. (Juillet 1887.)

M. Cacarrié a fait une étude complète des troubles de la mémoire d'origine toxique et des rapports qui les unissent aux autres troubles (troubles psychiques en particulier). Il nous montre que l'amnésie n'est pas le seul trouble de la mémoire produit par les intoxications. Elle semble précédée par un phénomène qui est plutôt une exagération de l'état physiologique qu'un véritable trouble. L'hypermnésie ou exaltation de la mémoire est ici fréquente, si elle est rare dans d'autres cas.

Les amnésies toxiques forment un groupe à part, aussi doit-on étudier les différences qui les distinguent les unes des autres. Au point de vue étiologique aussi bien que symptomatique, on peut les diviser en deux sous-groupes.

Les troubles mnémoniques provenant d'un toxique minéral,

Et les troubles mnémoniques provenant d'un toxique végétal.

D'où naturellement il résulte qu'il faut avoir une connaissance complète des actions particulières des toxiques sur la mémoire. Les effets de la nitro-benzine sont surtout intéressants.

Après l'étude détaillée de ces toxiques, l'auteur traite la question au point de vue médico-légal. Un amnésique est-il entièrement responsable ? Évidemment l'on doit tenir compte des troubles intellectuels, qu'ils soient le résultat d'abus (alcool, opium, morphine, etc.), ou qu'ils soient la conséquence d'une profession insalubre (plomb, mercure, nitro-benzine, etc.)

Les amnésies toxiques avaient déjà certes été étudiées, notamment par M. le Dr Rouillard dans sa remarquable thèse inaugurale. M. le Dr Babilée a aussi étudié les troubles de la mémoire d'origine alcoolique. De ces deux ouvrages, l'un est fait à un point de vue étiologique général et le second est tout à fait restreint à l'amnésie alcoolique. M. Cacarrié a donc eu une heureuse idée de réunir et de grouper en un mémoire fort intéressant les notions déjà connues, mais éparses, sur les amnésies toxiques, en y ajoutant les quelques points nouveaux qu'il met en lumière et qu'il accompagne d'observations.

Contribution à l'étude de la Maladie de Basedow. —
M. Sainte-Marie. — Thèse de Paris. (Juillet 1887.)

Dans cette courte étude, M. Sainte-Marie s'est attaché à la recherche des différents symptômes d'ordre nerveux, qui, outre la triade classique, révèlent la maladie de Basedow et dont la constation est d'un grand secours pour le diagnostic des cas frustes.

Les principaux sont : le tremblement, les parésies transitoires, les hyperesthésies localisées, l'émotivité ; les troubles sécrétoires de la peau et des reins, quelquefois des vomissements incoercibles, plus souvent la diarrhée paroxystique ; les désordres vaso-moteurs, avec exagération de la température périphérique, la sensation [de doigt mort, la boulimie, la toux nerveuse, les trophonévroses cutanées ; enfin la modification de la résistance aux courants. Il convient aussi d'ajouter la *sclérodermie* et le *pseudo-lépime sus-claviculaire.*

Angine de poitrine hystérique. — M. Le Clerc. — Thèse de Paris. (1887.)

M. Le Clerc nous donne une étude très complète de l'angine de poitrine hystérique, avec 35 observations fort détaillées. Voici les idées qu'il développe dans son travail :

Quand l'angine de poitrine est une manifestation hystérique, il s'agit de troubles purement fonctionnels, sans lésions matérielles. C'est une affection surtout de l'âge adulte et qui atteint de préférence le sexe faible. Quelquefois elle fait partie du cortège des manifestations nerveuses de la ménopause.

Les accès diffèrent par leur fréquence, leur intensité et

leur durée des accès d'angor pectoris de cause organique. Leur début est aussi souvent périphérique que central, il se fait remarquer par des prodromes sensitifs ou vaso-moteurs, par des phénomènes analogues à l'aura, par le siège de la douleur, par la variété des irradiations plus imprévues et plus excentriques. Ils ont une tendance à la périodicité, ils sont plutôt nocturnes que diurnes. Les impressions psychiques (émotions, rêves...) plutôt que les efforts en sont presque toujours la cause. Ils sont suivis souvent par des manifestations portant le cachet de l'hystérie.

Le pronostic est très favorable et la thérapeutique, dit M. Le Clerc, doit être surtout morale et antinévralgique. Il semble n'avoir pas expérimenté l'électricité pour combattre les accès. C'est là cependant un moyen excellent, sinon pour les faire disparaître instantanément, du moins pour les atténuer et en hâter le dénouement. C. Lefèvre.

La suggestion mentale et l'action à distance des substances toxiques et médicamenteuses, par les Drs H. Bourru et P. Burot, professeurs à l'École de médecine de Rochefort. (Avec figures intercalées dans le texte.)

Ce petit volume qui fait partie de la bibliothèque scientifique contemporaire éditée par MM. J. B. Baillière et fils, est la relation complète quoique succinte des travaux entrepris par les auteurs sur la suggestion mentale et en particulier sur l'action à distance de substances toxiques et médicamenteuses; c'est en même temps un exposé complet de cette question si pleine d'actualité.

Le travail se divise en trois parties :

La première de beaucoup la plus importante, comprend l'historique détaillé des recherches des auteurs. MM. Bourru et Burot racontent d'abord comment le hasard d'un service de clinique médicale, les ayant mis en présence « d'un organisme étrangement malade, d'un homme dont le système nerveux dépassait en excitabilité et perte d'équilibre tout ce qui était connu jusqu'à lui, même chez les hystériques célèbres dans la science, ils s'aperçurent que les métaux agissaient sur lui à distance. » Ces messieurs eurent d'abord des doutes sur la réalité des phénomènes, mais ayant trouvé un second sujet présentant les mêmes réactions, ils purent établir des expériences de contrôle : c'est alors qu'ils se décidèrent à faire une communication au Congrès de Gre-

noble et à la Société de psychologie physiologique. — Les auteurs décrivent ensuite leur procédé expérimental qui consiste dans l'application des substances en vases clos ou à découvert, au contact ou à distance, puis ils relatent les effets obtenus jusqu'à ce jour tant par eux-mêmes, que par les autres expérimentateurs qui ont suivi la même voie. Dans cette relation les expériences sont divisées méthodiquement et classées d'après l'action physiologique connue des substances : narcotique, vomitif, purgatif, liqueurs alcooliques, etc., etc.

Enfin, après avoir donné un résumé de tous les faits, et avoir dégagé la caractéristique de chacun, les auteurs tentent d'étudier les lois générales de ces phénomènes.

La deuxième partie est consacrée aux théories, à l'explication des phénomènes observés. Les auteurs après avoir passé en revue les différentes explications qui peuvent être données, sont amenés à proposer une explication nouvelle et à invoquer l'existence d'une force jusqu'ici indéterminée.

Voici comment ils s'expriment :

« Quelques expérimentateurs ont pu croire à une éducation, un entraînement des sujets : nous avons fait justice de cette hypothèse par cette seule observation que c'est du premier coup que nos sujets atteignent leur maximum de sensibilité aux substances présentées à l'extérieur.

« La plupart des critiques ont pensé trouver l'explication dans la suggestion, suggestion exprimée ou suggestion mentale, suggestion par la parole, la vue des objets, leur odeur, leur contact. C'était, il en faut convenir, l'interprétation la plus spécieuse ; et quelques-uns, MM. Féré, J. Voisin, par exemple, pensent l'avoir justifiée par des expériences contradictoires. Nous pensons, à notre tour, avoir démontré que leurs expériences sont encore incomplètes ou entachées d'erreurs. Dans les conditions expérimentales rigoureuses où M. Ch. Richet, M. Mabille et nous, nous nous sommes placés, il est impossible d'admettre qu'il y ait eu suggestion.

« Impossible est la suggestion, quand une substance inodore, inconnue du sujet, de l'expérimentateur, des assistants, présentée en cachette par derrière, produit ses effets spécifiques.

« Impossible, la suggestion, quand l'expérimentateur, attend, désire un effet, et en voit un autre se produire. Surpris, il cherche ; il a pris un flacon pour un autre.

« Impossible encore, quand il approche une substance dont les effets physiologiques sont inconnus !

« La suggestion écartée, force est donc d'admettre une action directe de la substance sur l'organisme, quelque chose comme une vibration transmise à distance, le rayonnement de la chaleur, l'attraction de l'aimant, l'induction d'un circuit électrique sur un circuit voisin.

« Ces sortes d'actions sont déjà connues, nous n'en voulons pour exemple que les effets des métaux sur les hystériques (c'est la métalloscopie qui a été notre point de départ). D'autres avaient obtenu des effets avec des bois, des résines, du verre ; nous, nous avons cherché dans la série médicamenteuse et toxique. Or un médicament, un poison, est une substance qui a une influence intime et spéciale sur l'organisme vivant, une substance qui diluée dans la masse du sang, emportée par le torrent de la circulation, mise en contact avec l'ensemble des éléments anatomiques, en choisit un groupe sur lequel, par une affinité particulière, elle va porter son action bienfaisante ou meurtrière. Ce sont justement ces substances qui dans nos expériences se sont montrées actives ; elles ont produit leurs effets habituels, seulement elles étaient placées dans des conditions nouvelles, à l'extérieur du corps, au contact ou à petite distance. Oserions-nous dire que dans son essence, leur action fut différente et qu'il y eût autre chose qu'un changement du lieu d'application et des organes de transmission ? Est-il moins extraordinaire, du reste, de voir un morceau de fer, de zinc, posé sur le bras, bouleverser la sensibilité dans l'organisme, qu'un fragment de chloral produire le sommeil, ou la poudre d'ipéca, des vomissements ?

« En présence de ces faits étranges et de bien d'autres inexplicables dans l'état de nos connaissances, un courant s'établit dans la science qui porte les observateurs les plus sérieux, physiologistes, physiciens, à admettre une propriété de l'organisme à peine soupçonnée, une force encore inconnue à laquelle il faut bien recourir pour rendre compte de ce que rien jusqu'ici ne pouvait expliquer. C'est une action par influence, peut-être une induction électrique, un *quid ignotum*, au moins comparable aux phénomènes électriques.

« Entre l'électricité et cette modalité active de la matière vivante, nous avons saisi de nombreuses analogies. Nous avons rappelé que les animaux, l'homme lui-même étaient

parfois l'instrument d'actions électriques évidentes; nous avons montré un rapprochement frappant entre les appareils d'électricité et certains organes des animaux supérieurs : le muscle, véritable pile par sa construction et son fonctionnement; les nerfs, conducteurs de courants en dehors de la pile; les centres nerveux, accumulateurs; un échange incessant, d'une part, avec le muscle générateur qui les charge, et d'autre part avec les organes périphériques de la sensibilité où s'opèrent les décharges qui servent aux relations avec les objets extérieurs.

Si ces objets sont indifférents, tout se borne à une sensation de contact ou de douleur, la décharge se fait aux dépens de l'accumulateur qui sollicite une nouvelle charge, d'où la mise en action du muscle sollicité s'accusant aussitôt par une contraction dite réflexe.

« S'il s'agit d'une substance ayant la propriété d'impressionner spécialement l'organisme vivant, la vibration, le mouvement intime partant de cette substance se transmet encore par le nerf sensible; mais ici, outre l'impression banale du contact, intervient l'impression spéciale d'un organe déterminé pour lequel la substance se trouve avoir de l'affinité, et le mouvement réflexe se passe dans l'estomac, s'il s'agit d'un vomitif, dans les glandes sudorales, si c'est un sudorifique, et ainsi des autres. Pour d'autres substances, l'impression se transmet aux organes de l'intelligence et de l'idéation, et provoque une hallucination, un délire. C'est sur le système sensitif général, une action analogue à celle d'un corps odorant sur le système olfactif.

« En résumé, dans ces actions de contact extérieur ou de voisinage, les substances qui ont, pour certaines parties de l'organisme vivant, une affinité particulière, c'est-à-dire les poisons et les médicaments, agissent par l'intermédiaire du système nerveux périphérique, exactement de la même manière que portées au contact immédiat des centres par la circulation du sang.

« Il est donc nécessaire d'admettre dans les organismes supérieurs une énergie spéciale, mise en action par toutes les influences extérieures. Telle est l'idée dominante de notre travail. Les applications pratiques dont nous avons esquissé les principales, n'en sont que des conséquences et des cas particuliers.

« Mais de même que toutes les substances ne sont pas acti-

ves, tous les organismes ne sont pas impressionnables au même degré, et un même organisme n'a pas toujours une disposition identique à subir ces impressions. C'est là une deuxième condition plus difficile à déterminer que la première. D'une façon générale, la rupture d'équilibre du système nerveux, la surexcitation de la sensibilité, toutes conditions fréquentes dans l'hystérie, l'hypnotisme, le somnambulisme, paraissent les meilleures pour exalter et mettre en évidence cette forme spéciale de l'impressionnalité. Ce point de la question nécessite des recherches qui sont à faire tout entières.

« Quoiqu'il en soit, l'action extérieure des médicaments, des poisons, n'est qu'un chapitre de la vaste étude qui s'ouvre pour la physiologie, et qui embrassant également la métalloscopie, la magnétothérapie, l'électrothérapie, le magnétisme animal, mettra au grand jour cette énergie nouvelle de la vie, en découvrira les organes, la nature et les lois. »

La dernière et troisième partie est consacrée aux applications. Après avoir recherché à titre de curiosité dans l'histoire, dans la légende ou dans les usages populaires, un certain nombre de pratiques empiriques pouvant faire concorder l'observation séculaire avec leurs expériences, les auteurs ont cherché les applications thérapeutiques que l'on pouvait faire de la méthode nouvelle. Ch. V.

Le Fétichisme dans l'amour, par A. Binet.
Revue philosophique, 1887, nos 8 et 9.

L'étude de M. Binet, quoique faisant partie du domaine de la philosophie, est basée sur des observations fort intéressantes. Plusieurs nous sont connues et ont servi de pivots aux magistrales leçons de M. le professeur Ball. (*Encéphale*, 1883. *De l'érotomanie et folie érotique* 1887). D'autres sont tirées du travail sur l'intervention sexuelle de MM. Charcot et Magnan.

Les individus que M. Binet désigne sous le nom de *Fétichistes* sont : les uns des aliénés, de ces aliénés qu'Esquirol reconnaîtrait pour être de vrais érotomanes ; les autres sont des vicieux. Et c'est peut-être une exagération de créer pour eux une classe spéciale et surtout de les ranger parmi les pervertis. Si quelques-uns donnent dans leur délire des manifestations d'altérations du sens génésique, il en est d'autres qui sont purs de ce côté. Je pourrais citer une

observation dont le héros serait qualifié certainement par M. Binet du titre d'amant de l'odeur et dont le délire n'était orné d'aucune hallucination sexuelle.

Le travail nous paraît donc plutôt une fine analyse de psychologue qu'une étude de pathologie mentale.

C. L.

Nervosisme et Névroses. — Hygiène des sens énervés et des névropathes par le Dr CULLERRE. J.-B. Baillière et fils. — Paris 1887.

« Notre siècle est le siècle des mouvements accélérés ; la modeste diligence qui cheminait à petites journées sur les routes royales du bon vieux temps était l'image fidèle de la vie d'alors, comme le train éclair qui fait cent kilomètres à l'heure est le symbole de notre vie à toute vapeur. » Cette exubérance, ce besoin de vivre vite et bien, n'a pas lieu sans que l'économie en reçoive un contre-coup funeste : pour subvenir à cette dépense exagérée de forces vives, certains systèmes de la vie organique prennent une importance qui n'est pas en rapport avec le but pour lequel ils ont été créés. Il y a une véritable déséquilibration que la moindre cause occasionnelle peut tranformer en anéantissement. Les troubles que l'on observe portent surtout sur le système nerveux qui, on peut le dire, commande à la machine toute entière ; c'est à lui, qui tient sous sa dépendance les plus hautes facultés de l'homme, qu'il convient de s'adresser, afin de le prémunir contre les dangers qui fatalement viendront l'assaillir dans la lutte de l'existence.

Préoccupé à juste titre de la croissance véritablement inquiétante des affections nerveuses, notre savant collègue, M. le Dr Cullerre, a recherché les causes qui peuvent influer sur le développement du nervosisme, et a indiqué le remède propre à lutter efficacement contre l'envahissement toujours croissant des névropathies. Dans un véritable ouvrage d'hygiène nerveuse, s'adressant au public extra-médical ainsi qu'aux praticiens qui ne s'occupent pas spécialement des maladies du système nerveux, M. Cullerre a traité ces différentes questions avec toute la compétence qu'on lui connaît : c'est bien là le livre de ces gens dont le système nerveux toujours surexcité, toujours surchauffé, détourne de son rôle normal une des puissances les plus nécessaires à l'harmonie de l'organisme.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'examen des différents chapitres de son remarquable travail qui constitue un de ces livres qui ne supportent pas l'analyse, et qu'il faut lire pour être bien pénétré de l'importance capitale que comporte cette grave question. Notre savant confrère, en attirant l'attention sur la nécessité d'une hygiène bien entendue du système nerveux, a fait œuvre utile entre toutes.

Nervosisme et *névroses* est un ouvrage qui doit trouver place dans toutes les familles et qu'on consultera toujours avec fruit. Dr M. de T.

CORRESPONDANCE

Les dernières expériences faites à son passage à Paris par le professeur Bourru, sur l'action des médicaments à distance, ayant été présentées, dans les comptes rendus de la Société de thérapeutique, sous un faux jour, je crois qu'il est bon, dans l'intérêt de la stricte vérité, de rétablir les faits tels qu'ils se sont passés, et c'est ce qui est expliqué dans la lettre ci-jointe que nous publions et qui est adressée par M. Bourru au Président de la Société de thérapeutique.

J. L

Rochefort, le 6 décembre 1887.

Monsieur le Président,

Je ne m'attendais guère à ce que M. Constantin Paul portât devant la Société de thérapeutique, ni devant le public en aucune façon, le récit d'une expérience faite au pied levé. Je n'aurais jamais supposé que son accueil, si courtois qu'il fût, me ménageait pareille surprise. S'il eût bien voulu me prévenir de ses intentions, son procédé eût été d'une correction parfaite, et d'autre part, nous aurions pu, d'accord ensemble, rectifier quelque défaut de sa mémoire, ce qui aurait évité à la Société une explication qu'il me faut maintenant la prier d'écouter.

M. C. Paul fit venir dans son cabinet une femme qu'il me parût alors connaître fort peu, sortie je ne sais d'où, mais non point, pour sûr, de son service d'hôpital.

Ce sujet était-il sensible à l'action des médicaments?

M. C. Paul affirme qu'il devait l'être si cette action eût été réelle. Pour moi, c'était justement l'objet de ma recherche, car personne que je sache, ne connaît encore le signe auquel se reconnaît *a priori*, cette sensibilité spéciale.

J'essayai de faire quelques tentatives en disant ouvertement : « Essayons toujours. Réussirons-nous ? Je l'ignore. »

Le sujet mis en léthargie, je présentai, par derrière, un flacon enveloppé, dont j'ignorais le contenu. Bientôt le sujet se plaint de coliques et il se produit des contractions intestinales bruyantes. Sans préciser davantage, je pensai que ce devait être un purgatif. C'était des cantharides entières. L'irritation instinale, les coliques appartiennent à l'action physiologique des cantharides. Quant à l'ardeur génitale et urinaire, on m'accordera facilement que cette femme ne s'en soit pas spontanément expliquée devant l'assistance. Et si je le lui avais demandé, on m'aurait objecté que je lui en faisais la suggestion.

Après l'application d'un flacon contenant, m'a-t-on dit, de l'alcool, il y eut de l'embarras de la tête, de la titubation. J'ai su par les comptes rendus de la Société que cette titubation se produit toujours,lorsque le sujet sort du sommeil hypnotique. M. C. Paul n'en dit rien, séance tenante.

Troisième flacon présenté ! Je ne saurais dire au juste ce qu'éprouva le sujet, mais ce dont *je suis certain*, c'est que je déclarai ne point reconnaître d'action spécifique, mais seulement des réactions banales qui se présentent à tout propos, dans ces sortes d'expériences. « C'est, me dit M. C. Paul, de l'eau de laurier-cerise. » A quoi je réponds : « *L'eau de laurier-cerise n'a donc rien produit!* » Alors intervient le pharmacien du service qui nous dit : « J'ai mal compris ce qui m'avait été demandé ; ce flacon contient de l'eau distillée pure. « L'absence d'action que je venais de constater hautement, était donc un succès pour moi. C'est justement le contraire que les comptes rendus mettent dans la bouche de M. C. Paul.

A la fin de la séance, je déclarai que si, pour moi, il y avait eu quelques effets certains, je convenais franchement qu'ils n'étaient pas assez saisissants pour entraîner la conviction de l'assistance.

Voilà de quel fait on mène grand tapage ! Pour tout critique sérieux et impartial, il paraîtra dénué de toute signification.

Je regrette, Monsieur le Président, d'avoir été obligé d'occuper la Société de thérapeutique, d'une affaire qui, à mes yeux, ne méritait point cet honneur. Mais pourquoi ne m'avoir pas prévenu de cette publicité et ne s'être pas prémuni contre une mémoire peu fidèle ?

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments de confraternité.

BOURRU.

J'espère, Monsieur le Président (et j'ai l'honneur de le demander), que la Société voudra bien insérer ma réponse dans son *Bulletin.*

NOUVELLES

CONCOURS POUR L'INTERNAT EN MÉDECINE DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — (*Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le Dépôt des aliénés près la préfecture de police*). Ce concours s'est ouvert le lundi 5 décembre à l'asile Sainte-Anne. Le jury se composait de MM. Pozzi, (président), Voisin, Gombault, Charpentier, Briand et Vallon. M. le Professeur Ball, qui présidait primitivement le concours, avait été obligé, par suite de maladie, de se retirer après la première séance.

Les candidats ont eu à l'écrit : *Nerf pneumogastrique anatomique et physiologie.* Les questions restées dans l'urne étaient : *Cordons postérieurs de la moelle ; — Nerfs moteurs du globe oculaire.*

Les questions orales ont été les suivantes :

1re *Séance :* Valeur séméiologique de l'hémoptysie ; signes et diagnostic des luxations de l'épaule (question sortie) *:* — signes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; signes, diagnostic et complications des fractures de côte ; — signes et diagnostic de l'ascite ; signes et diagnostic de l'étranglement herniaire.

2e *Séance :* Causes et signes du pneumothorax ; fractures de la clavicule (question sortie) ; — signes et diagnostic du cancer de l'estomac ; signes et diagnostic des plaies pénétrantes de poitrine ; — signes et diagnostic de l'étranglement interne ; signes et diagnostic des fractures du col du fémur.

3e *Séance :* Symptômes et diagnostic de la péritonite chronique ; signes et diagnostic de la tumeur blanche du genou ; (question sortie) ; — étiologie, signes et diagnostic de la coli-

que de plomb ; signes et diagnostic des anévrismes traumatiques ; — symptômes et diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac ; signes et diagnostic de la coxalgie.

4e *Séance :* Symptômes et diagnostic de la paralysie agitante ; causes, signes et diagnostic de la fracture de la rotule ; (question sortie) ; — symptômes et diagnostic de la péricardite aiguë ; plaies des artères ; — causes et signes de l'ataxie locomotrice ; signes et diagnostic des brûlures.

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes : Internes titulaires : MM. Glover, Colin, Terrien, Thomas, Gauthier et Pactet ; internes provisoires : MM. Coyrard, Raoult, Barazer, Souillart, Rousseau, Rieder.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS. *Arrêté du* 9 *octobre* 1887 : M. PINOT, directeur de l'asile de Saint-Robert (Isère), est admis à faire valoir ses droits à la retraite à partir du 1er décembre 1887.

Arrêté du 21 *octobre :* Les fonctions de directeur et celles de médecin en chef à l'asile de Saint-Robert sont réunies, et M. le Dr DUFOUR, médecin en chef, est nommé directeur médecin en chef de l'asile.

Arrêté du 7 *décembre* 1887 : M. le Dr DUMAS, médecin directeur de l'asile de Dijon, est promu à la première classe de son grade (7.000 fr.) pour prendre rang à partir du 1er janvier 1888.

M. le Dr BELLAT, médecin-adjoint de l'asile de Dijon, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.) pour prendre rang à partir du 1er janvier 1888.

PRIX DE THÈSES. — Parmi les thèses recompensées par la Faculté de médecine de Paris, (année 1886-87) nous avons le plaisir de trouver celles de nos collaborateurs Pignol et Roger qui ont obtenu chacun une médaille d'argent et celles de MM. Vétault et Vrain auxquels ont été accordées des médailles de bronze.

THÈSES

SUR LES MALADIES MENTALES

Soutenues à la Faculté de médecine de Paris

Année 1887.

DIMITROPOULOS : Des dyspepsies nerveuses (étude pathogénique et critique). — MÉCOIN : Contribution à l'étude de la monoplégie hystéro-traumatique. — LE CLERC : L'angine de poitrine hystérique. — CHASLIN : Du rôle du rêve dans l'évolution du délire. — BERBEZ : Hystérie et traumatisme. — FRISSARD : Des troubles trophiques de la peau consécutifs à

la paralysie infantile. — FLORAND : Sclérose amyotrophique. — CONDOLÉON : Amyotrophie tabétique. — DUBIEF : Lésions de la maladie de Parkinson. — LAURENT : Symptômes prémonitoires de la paralysie spinale aiguë infantile et de l'adulte. — BURGÉ : Étude sur les paralysies et anesthésies consécutives aux attaques d'épilepsie. — BARET : Etat de la mémoire dans les vésanies. — GABORIAU : Contribution à l'étude des spasmes professionnels. — BIDOT : Des procédés mixtes en anesthésie et en particulier de l'action combinée du chloroforme et de l'hypnotie. — FOSSIER : Les prédestinés, contribution à l'étude des maladies mentales et nerveuses. — CESTAZ : De la paralysie douloureuse de la septième paire. — LAFOSSE : Etude clinique de la céphalée neurosthénique. — GRENIER : Contribution à l'étude de la descendance alcoolique. — LALLEMANT : Monographie des névroses professionnelles et de leur traitement. — COUDERC : Des ophthalmies chez les aliénés. — DESFORGES : De l'alcoolisme aigu et chronique dans ses rapports avec l'épilepsie. — ARTURO REYES Y SARDINA : Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de l'acétanilide sur le système nerveux. — MOREL : Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse de l'adulte. — SAMSON : Quelques paralysies viscérales dans la paralysie générale. — BORDES-PAGES : De l'artérite chronique et en particulier de l'aortite dans la paralysie générale. — Madame de HÉRODINOFF : Essai sur les myelo-encéphalopathies syphilitiques tertiaires diffuses ou disséminées. — JOCQS : Tumeur du nerf optique. — LOYE : Recherches expérimentales sur les morts par décapitation. — MATHIEU dit SICAUD : De l'étiologie héréditaire de la paralysie spinale infantile aiguë. — BATAILLE : Traumatisme et névropathie. — LUBET-BARBON : Paralysie du larynx. — DROUET : Analgésie chloroformique. — DURIEZ : Etude sur le tétanos utérin. — GRIMODIE : Contribution à l'étude de la pathogénie des névrites périphériques. — LANDOUAR : Une observation de myxœdème. — COPIN : Myélite interstitielle diffuse. — VÉTAULT : Des conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcoolisés. — GABORIAU : Essai sur la pathogénie des amyotrophies. — BOURGARET : Statistique des tremblements à la Salpêtrière; quelques considérations sur le tremblement sénile. — BIGORRE : Considérations sur les épilepsies partielles. — FILIBILIU : Contribution à l'étude de la folie chez les enfants. — BLAISE : Impulsions, amnésies, responsabilité chez les aliénés. — HAMON : Contribution à l'étude des céphalœmatomes. — JAMIN : Des causes de mort dans la paralysie générale. — CACARRIÉ : Essai sur les amnésies toxiques. — SAINTE-MARIE : Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. — LACOSTE : Contribution à la maladie de Parkinson. — Madame SOLLIER : De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés. — GAUDIN : Sur la pathogénie des accidents nerveux consécutifs aux explosions de grisou. — ROULLAUD : Quelques faits de paralysie des nouveau-nés. — AUBRY : La contagion du meurtre (étude d'anthropologie criminelle). — HOFFMANN : Contribution à l'étude de l'othématome. — RICHARD : Contribution à l'étude de l'hémiplégie hystérique chez les syphilitiques.

NÉCROLOGIE

ACHILLE FOVILLE

Le Dr Ach. Foville né à Rouen en 1831 est mort à Paris le 15 décembre dernier à l'âge de cinquante-sept ans. Fils du savant auteur du *Traité complet de l'anatomie et de la pathologie du système nerveux*, A. Foville, après avoir reçu une éducation des plus complètes, embrassa la carrière médicale et voulut, comme son père, être médecin aliéniste. Reçu interne des hôpitaux en 1853, il soutint le 31 décembre 1857 sa thèse de doctorat : *Considérations physiologiques sur l'accès d'épilepsie*. Nommé médecin adjoint à l'asile des Quatre-Mares en 1859 il était, l'année suivante médecin en chef de l'asile de Mareville. Puis, successivement, il devint médecin directeur de l'asile de Dôle (1861), médecin directeur de l'asile de Châlons-sur-Marne (1863), médecin-adjoint de la maison de Charenton (1866), médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares (1872), enfin inspecteur général des établissements de bienfaisance et des asiles d'aliénés (18 mars 1880).

Depuis 1882, A. Foville était secrétaire général de l'Association des médecins de France. Collaborateur des plus assidus des *Annales médico-psychologiques* depuis 1858, il en devint en 1881 un des directeurs.

A. Foville a publié de nombreux travaux sur les points les plus divers de la Pathologie mentale et aussi sur la législation des aliénés et l'administration des asiles. Nous citerons :

Du delirium tremens, de la dipsomanie et de l'alcoolisme (*Archives générales de médecine* 1867) ; — *Recherches cliniques et statistiques sur la transmission héréditaire de l'épilepsie* (*Annales médico-psychologiques 1868*) ; — *Observations d'hystéro-épilepsie chez l'homme ; étude sur le diagnostic différentiel des convulsions hystériques, épileptiques, et hystéro-épileptiques* (*Bulletin de la Société de Médecine de Paris* 1868) ; — *Étude clinique et physiologique sur la mort instantanée causée par le passage des matières alimentaires en voie de digestion de l'estomac dans les voies aériennes* (*Archives générales de Medecine* 1869) ; — *Étude clinique de la folie avec prédominence du délire des grandeurs, Prix Civrieux*, 1869 (*Mémoires de l'Académie de Médecine*, 1869-70). — De nombreux articles dans le *Nouveau Dictionnaire de Médecine* de Jaccoud : *Convulsions, Délire, Démence, Folie, Manie, Lypémanie, Paralysie générale*. — *Les Aliénés, Etude pratique sur la législation et l'assistance qui leur sont applicables*. 1870. — *Les aliénés aux États-Unis*, législation et assistance, 1873, in-8. — *La législation relative aux aliénés en Angleterre et en Écosse*, 1885. — *Moyens pratiques de combattre l'ivrognerie, proposés ou appliqués en France, en Angleterre, en Suède et en Norwège* (*Annales d'hygiène* 1872). — *Les nouvelles institutions de bienfaisance, les dispensaires pour enfants malades, l'hospice rural*, 1888.

M. Foville a été inhumé au cimetière du Père-Lachaise. Quatre discours ont été prononcés sur sa tombe par M. le Dr Napias, inspecteur général, au nom de l'administration du Ministère de l'Intérieur ; par M. le Dr Riant au nom de l'Association générale des Médecins de France ; par M. le Dr Ritti au nom de la Société médico-psychologique ; par le Dr Bouchereau au nom de l'association des médecins aliénistes.

Ces orateurs ont dit les remarquables aptitudes administratives du fonctionnaire, la sagacité clinique de l'observateur, le dévouement du médecin à ses confrères et aussi les qualités du cœur et de l'esprit de l'homme.

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer. — Janv. 88.

L'ENCEPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

STRUCTURE DU CERVEAU

Par le Dr J. LUYS

SUBSTANCE GRISE DES RÉGIONS CENTRALES

(*Suite*)

Messieurs,

Je vous ai exposé précédemment (1) la structure de cette portion de la substance grise encéphalique qui constitue l'écorce, laquelle, en raison des éléments nerveux auxquels elle donne naissance et de sa surface considérable, peut être comparée à une véritable périphérie nerveuse.

Nous allons maintenant passer à l'étude des amas de substance nerveuse, situés dans les centres, et qui, à

(1) Voy. l'*Encéphale*, 1886, 1887, p. 16 et 284.

l'aide de différents systèmes de fibres blanches, se trouvent ainsi reliés aux différents départements de la périphérie corticale.

Ces différents amas de substance grise sont répartis d'une part, au centre même du cerveau, sous la dénomination de noyaux opto-striés ; et d'autre part, dans les régions centrales de la moelle allongée, de la protubérance et du bulbe. Ils constituent ainsi une série de petits noyaux, stratifiés de haut en bas et reliés pareillement à certains départements isolés de l'écorce par des systèmes de fibres descendantes spéciales, analogues à ceux qui relient leurs congénères opto-striés à d'autres départements corticaux. Ce sont ces différents dépôts de substance grise que nous allons décrire sous la dénomination de noyaux opto-striés et noyaux sous-optiques ou sous-thalamiques.

NOYAUX OPTO-STRIÉS

Les noyaux opto-striés, situés au centre de chaque lobe cérébral représentent une agglomération de substance grise massive, homogène en apparence et dont les éléments sont strictement combinés entre eux. C'est autour d'eux que les différents systèmes de fibres blanches cérébrales viennent se grouper pour pénétrer dans leur intérieur. C'est en effet dans leur intimité que les éléments descendants irradiés de l'écorce, que ceux qui proviennent de la moelle épinière ainsi que ceux qui émergent du cervelet viennent de différents points du système pour se fusionner, se combiner en une stricte unité et constituer ainsi une véritable trilogie anatomique, dont la moelle, le cerveau et le cervelet sont les facteurs nécessaires.

La masse opto-striée, quand on l'examine à la face

interne des ventricules est bilobée ; une dépression semi-circulaire au niveau de la partie moyenne, sépare le corps strié, qui est en avant, de la couche optique qui est en arrière. Celle-ci avec son apparence mamelonnée spéciale, sa coloration blanchâtre, se distingue, tout d'abord, de la substance du corps strié qui présente une surface lisse de coloration rougeâtre et dont la masse, concentrée principalement en avant, s'étend, en s'effilant insensiblement, jusque dans les régions postérieures de la couche optique (noyaux caudés). Ces deux masses de substance sont libres par leur face interne dans la cavité des ventricules; on les voit dans leur ensemble aussitôt qu'on a enlevé le corps calleux, le trigone cérébral, ainsi que la toile choroïdienne. Toute cette surface interne est tapissée par l'épendyme, qui constitue un véritable épithélium formé par la névroglie et qui présente çà et là des épaisissements tout spéciaux, principalement au niveau du sillon de séparation du corps strié et de la couche optique, sous le nom de *bandelettes cornées*.

Couches optiques

La masse de substance grise centrale que l'on désigne habituellement sous le nom de couche optique, dont la structure anatomique et les rapports généraux sont comme à plaisir négligés par la plupart des auteurs contemporains, qui s'en tiennent encore aux descriptions surannées du commencement de ce siècle, représente un ovoïde à coloration rougeâtre, occupant ainsi qu'on peut le vérifier, le compas à la main, le milieu même de chaque lobe cérébral. Rien que par ce fait, on comprend l'importance capitale qu'elle joue dans le mode de groupement des fibres cérébrales auxquelles

elle sert de véritable appareil de concentration, comme le moyeu d'une roue vis-à-vis de tous les rayons qui viennent s'implanter dans sa masse.

La forme sensiblement ovoïde de la couche optique se modifie suivant qu'on l'étudie à l'aide des coupes verticales ou horizontales. Sur certaines coupes horizontales, la surface de la couche optique prend l'apparence d'un triangle rectangle dont le grand côté regarde en dehors vers l'arrivée des fibres blanches. Son volume, chez l'adulte, est à peu près égal à celui d'un petit œuf de pigeon.

La consistance de son tissu est ferme et élastique, elle contraste ainsi d'une façon très nette avec celle du corps strié, qui est mollasse et friable. Cette particularité anatomique explique la rareté comparative des hémorragies de la couche optique par rapport à la fréquence extrême de celles du corps strié, dont la consistance du tissu offre une résistance moindre aux pressions sanguines.

En raison des éléments variés qui entrent dans la constitution des couches optiques, leur tissu ne présente pas une coloration homogène. Dans la région des noyaux il est rougeâtre, et ailleurs, là où les fibres blanches viennent s'immerger dans sa masse, il est blanchâtre. Dans les régions internes qui font partie des parois du troisième ventricule, la coloration devient grisâtre par suite de la présence des réseaux gris centraux de provenance spéciale, et qui sont surtout abondants dans les parties inférieures.

La face supérieure de la couche optique est convexe ; elle est recouverte dans sa portion interne par les plexus choroïdes et la toile choroïdienne qui la séparent du trigone cérébral. Dans sa portion externe, elle est libre dans la cavité ou ventricule latéral, elle est limitée en dehors par un fascicule curviligne, le tænia semi-circu-

laire, qui l'enserre dans le sens antéro-postérieur. Cette face dorsale de la couche optique présente sur des pièces fraîches, une série de fibrilles blanchâtres, curvilignes, à direction antéro-postérieure et parallèles aux fibres du tænia semi-circulaire. Elles émergent de la masse même des corps genouillés internes et externes et par un trajet ascendant et oblique paraissent se perdre dans les noyaux moyens de la face interne.

L'extrémité antérieure de la couche optique présente une saillie mamelonnée décrite sous le nom de *corpus album subrotundum*, elle est avoisinée par les piliers de la voûte au moment de leur réflexion.

L'extrémité postérieure forme une saillie pareillement très bien délimitée, décrite par les auteurs modernes, sous le nom de pulvinar.

La face interne de chaque couche optique est plane et lisse; dans les deux tiers antérieurs, cette face interne fait partie du ventricule moyen; dans le tiers postérieur, elle est en rapport avec les tubercules quadrijumeaux et la substance grise qui entoure l'aqueduc de Sylvius. C'est au niveau de cette face interne que l'on trouve la commissure grise qui sert particulièrement de trait d'union entre les noyaux moyens.

La face externe de la couche optique est la seule région par laquelle elle est en rapport direct avec les fibres blanches cérébrales, c'est en quelque sorte son hile. En effet, soit que l'on pratique la méthode des coupes ou la méthode du clivage et de la dissection, on voit de tous les côtés des fibres blanches cérébrales, celles qui viennent des régions antérieures, aussi bien que celles qui viennent des régions postérieures des régions supérieures aussi bien que des inférieures pénétrer dans sa masse, comme les rayons d'une roue sur le moyeu qui les supporte.

La délimitation de la face inférieure de la couche opti-

que, ainsi que nous l'avons indiqué au début de ces leçons, est encore un des problèmes les plus intéressants de la structure du cerveau, quoique la plupart des auteurs n'aient encore que des idées bien vagues sur ce point. J'ai pu arriver à l'aide de pièces convenablement préparées, à formuler des conclusions précises et à délimiter d'une manière exacte les frontières de ce noyau spécial de substance grise, en indiquant nettement là où il commence et là où il finit.

On peut voir en effet, sur une série de coupes verticales de mon atlas iconographique que la face inférieure des couches optiques est limitée d'une façon bien nette par un plan de fibrilles blanches allant directement se perdre dans les noyaux rouges de Stilling. Ces mêmes noyaux rouges doivent donc être considérés comme étant en dehors des couches optiques (1).

A propos de la topographie générale de la couche optique, je dois encore vous signaler un fait très important et que je considère comme une erreur anatomique, — c'est de rattacher, comme un certain nombre d'auteurs le font encore, la description des corps genouillés externes et internes à celle de la couche optique.

Il suffit, en effet, de faire un examen comparatif de l'encéphale des vertébrés, pour reconnaître que les corps genouillés ne sont pas des appareils cérébraux proprement dits, — que ce sont de véritables ganglions optiques dont le volume est proportionnel au développement des fibres optiques périphériques, — que leur développement est indépendant de celui de l'encéphale

(1) C'est évidemment à la proximité de ces noyaux rouges de Stilling des couches optiques et à leur participation dans les expériences physiologiques qu'il faut attribuer certaines réactions motrices signalées par quelques auteurs, à propos d'irritation expérimentale produite sur les couches optiques. Les noyaux de Stilling sont en effet, par leurs connexions, en rapport avec les actions motrices.

et qu'en somme ces corps représentent pour les bandelettes optiques dans l'intérieur de l'encéphale, les équivalences morphologiques des ganglions spinaux pour les nerfs rachidiens.

Structure. — Le tissu de la couche optique est constitué : 1° par une série de petits amas de sublance grise de volume variable et placés en file, les uns à la suite des autres dans une direction antéro-postérieure, ce sont les noyaux des couches optiques.

2° Par deux bandelettes de substance grisâtre tapissant les faces internes de chaque couche optique, et reliées par continuité de tissu avec les éléments similaires de la moelle épinière, qui remontent ainsi avec l'aqueduc de Sylvius jusque dans l'intérieur même du cerveau.

1° Noyaux

La masse même de la couche optique se compose de quatre noyaux isolés, que vous pouvez aisément reconnaitre sur des coupes fraîches pratiquées, soit dans le sens horizontal, soit dans le sens vertical.

Ces noyaux isolés, entrevus et décrits par les anciens anatomistes, ont été, comme cela s'est vu pour les cellules nerveuses en particulier, laissés dans l'ombre par presque tous les auteurs contemporains, surtout les auteurs français, qui de parti pris semblent n'avoir pas voulu les voir. C'est ainsi qu'Arnold, dans ses remarquables planches, les a parfaitement indiqués; celui que j'ai appelé noyau antérieur a été nommé par lui *corpus album subrotundum*. Le deuxième que j'ai appelé noyau moyen, il l'a dénommé *nucleus internus ;* celui que j'ai appelé noyau postérieur porte dans sa nomenclature le même nom; les auteurs modernes l'appellent le pulvinar.

A ces agglomérations grises déjà connues, mes recherches en ont ajouté une quatrième, qu'en raison de sa situation au centre même de la couche optique, j'ai appelée noyau médian (1).

Nous verrons au fur et à mesure que nous avancerons, quel rôle important ces mêmes noyaux sont appelés à jouer dans la transmission des impressions sensorielles et quelle importance considérable ils présentent au point de vue du fonctionnement physiologique des appareils du cerveau.

La couche optique ainsi représentée par une série de petits amas de substance grise isolés, en connexion d'une part avec des fibres afférentes, et d'autre part, avec des fibres efférentes, représente donc, dans son ensemble, un véritable ganglion congloméré, recevant par ses fibres afférentes des incitations centripètes et exportant par ses fibres efférentes ses incitations centrifuges.

Noyau antérieur. — Ce petit département isolé de la couche optique, fait saillie en avant sous forme d'un petit amas ovoïde blanchâtre; il est désigné communément sous le nom de *corpus album subrotundum.* Son volume est égal à peu près à celui d'un gros pois, chez l'homme. Chez les vertébrés, tels que le chien, le chat, le mouton, le rat, son volume est beaucoup plus important, par rapport à la masse de la couche optique. Dans l'encéphale de la taupe, par suite de l'atrophie des noyaux de la couche optique qui répondent aux nerfs optiques, le volume du noyau antérieur acquiert une importance considérable. A lui seul il constitue presque toute la masse de la couche optique, ainsi que vous pou-

(1) C'est ce dont noyau Forel, professeur d'anatomie à Zurich, a reconnu l'existence et qu'il a dénommé *nucleus Luysii.*

vez le constater dans les premières publications que j'ai faites à ce sujet (1).

La masse du noyau antérieur, ainsi qu'on peut s'en assurer sur des coupes verticales et horizontales, est cerclée par une série de fibres blanches qui constituent pour lui un véritable cadre de délimitation.

Il présente à considérer différents ordres de fibres, blanches, dont les unes peuvent être envisagées comme des fibres afférentes, les autres comme des fibres efférentes.

Les fibres afférentes, qui sont des moyens de communication avec les nerfs sensoriels et les éléments qui les relient avec les impressions extérieures, peuvent être représentées par cette série de fibres curvilignes, décrites par les auteurs sous la dénomination de tænia semi-circulaire.

Si vous avez à votre disposition un cerveau frais, soit un cerveau d'homme, ou mieux encore un cerveau de chien, de mouton, et si, après avoir pratiqué au-dessus des couches optiques une coupe horizontale, vous mettez à nu les cavités des ventricules, vous verrez alors sans préparation, qu'en dehors de la couche optique, sur ses limites avec le corps strié, il existe un fascicule curviligne, à direction antéro-postérieure, qui délimite, en dehors, la couche optique. Ce fascicule est décrit sous le nom de tænia *semi-circulaire*.

Son volume est plus considérable chez les animaux que chez l'homme. Il mérite d'être étudié avec soin et de fixer votre attention; car il est la clef de tout un système physiologique que j'ai déjà, dans mes premières recherches, exposé avec détails, et qui est relatif au rôle physiologique des noyaux de la couche optique.

(A suivre.)

(1) Voir Luys. *Recherches sur le système nerveux*. Paris, 1865. — Pl. XXXIX, fig. 11, 12, 13.

DES TROUBLES DE LA VISION

DANS L'HYSTÉRIE

ET DANS QUELQUES AFFECTIONS MENTALES (1)

Par M. le Dr G. PICHON

Chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris

Ancien chef de clinique ophtalmologique à l'École de médecine de Nantes

---

Nous voulons profiter du passage à la Clinique de plusieurs malades intéressants au point de vue de l'examen de la vision, pour parler des troubles visuels dans la folie hystérique et dans quelques formes de délires. Vous savez quels services signalés l'ophtalmologie a rendus à la neurologie. Eh bien ! je crois que, dans des limites plus modestes il est vrai, la psychiatrie, comme la neurologie, peut puiser dans l'examen de la vision, chez certains aliénés, des indications et des renseignements diagnostics précieux. Tant il est vrai que toutes les branches de la médecine se prêtent un mutuel appui.

Plusieurs leçons ne me suffiraient pas si je voulais passer en revue toutes les affections mentales où cet examen de la vision doit être fait et où il peut rendre de réels services.

Je m'occuperai surtout aujourd'hui des modifications de la vision dans l'hystérie délirante.

(1) Leçon faite dans l'amphithéâtre de la Faculté, à la Clinique de l'Asile Sainte-Anne, le 26 juin 1887. Qu'il nous soit permis de remercier ici notre éminent maître, M. le Professeur Ball, de l'honneur qu'il nous a fait, en nous cédant la parole pour cette occasion.

L'hystérie, avec toutes ses manifestations délirantes, est une des formes de délire que l'on rencontre le plus fréquemment dans nos asiles, sous une forme ou sous une autre : manie et mélancolie hystérique, folie hystérique à proprement parler, etc.

De plus, l'hystérie, en médecine mentale, est non seulement une affection des plus fréquentes, mais une affection présentant quelquefois des difficultés très sérieuses de diagnostic.

En effet, l'hystérie, en psychiatrie comme en neurologie, est une affection polymorphe, qui peut revêtir les formes les plus variées, emprunter le masque d'autres manifestations délirantes, desquelles il faut savoir la distinguer.

C'est précisément dans ces cas difficiles, alors que non seulement au point de vue physique, mais au point de vue psychique, la similitude est parfaite, que l'examen de la vision, pratiqué méthodiquement, peut par lui seul déceler la grande névrose.

J'omettrai, à dessein, ici, les troubles visuels qui ressortissent plus spécialement à la psychiatrie pure, tels que les hallucinations de la vue, qui revêtent le plus souvent la forme de zoopsie, et présentent, sous ce rapport, de grandes analogies avec les hallucinations alcooliques. Je négligerai de parler de ces troubles psycho-sensoriels de l'hystérie, non que leur intérêt diagnostic soit négligeable ; ils présentent, au contraire, une grande valeur symptomatique, et ont même, de la part de certains aliénistes, été l'objet de descriptions spéciales (1). Mais nous renvoyons à ces auteurs pour cette étude. Vous avez vu, du reste, souvent dans ce

(1) Marcé ; Legrand du Saulle. *Les Hystériques.* — Richer. *La grande hystérie*, etc. — Comme nous l'avons avancé dans notre mémoire *sur les délires multiples* (Voir *Encéphale,* juillet 87), malgré la ressemblance des hallucinations hystériques et alcooliques, on peut cepen-

service, des hystériques zoopsiques et hallucinées, et, en parcourant les salles, on pourrait vous en montrer plus d'un exemple, sans qu'il soit nécessaire d'insister ici.

Désirant donc réserver aujourd'hui le côté psychique de la question, je limiterai cette étude aux lésions exclusivement physiques de la vue, d'autant que pour la plupart ces troubles psycho-sensoriels de l'hystérie vous sont familiers.

Pour procéder avec ordre et étudier avec fruit la vision chez les hystériques, il faut se placer à un point de vue pratique. Pour cela mettons-nous dans la situation du médecin aliéniste appelé à faire un certificat d'aliénation mentale, et passons rapidement en revue toutes les affections délirantes qui peuvent emprunter, surtout au début d'une séquestration, le masque de l'hystérie.

En faisant ainsi *d'abord* l'histoire de malades, nous nous conformerons à l'exemple constant de M. le professeur Ball, et pour le point particulier qui nous occupe, cette méthode nous permettra, après une rapide analyse, de faire devant vous un exposé synthétique des moyens journellement employés, à la Clinique, pour l'examen de la vision chez les aliénés.

Nous allons donc passer d'abord successivement en revue les affections mentales qui peuvent être confondues avec l'hystérie délirante, et nous verrons alors que l'examen des fonctions visuelles, pratiqué selon les règles, donne souvent des indices précieux de diagnostic.

dant, même en ne considérant que ces hallucinations, en se basant sur leurs caractères différentiels, les distinguer des unes et des autres.

La présence et l'adjonction d'hallucinations gaies, dans l'hystérie, permet alors, croyons-nous, d'affirmer la coexistence de ces deux modalités délirantes hallucinatoires : *Folie hystérique* et *Alcoolisme subaigu*. — Dans l'alcoolisme, les hallucinations sont exclusivement tristes.

Il y a d'abord une maladie, qui, dans les asiles, comme dans les salles de médecine ordinaire, présente la plus grande ressemblance avec l'hystéro-épilepsie délirante, c'est l'épilepsie. En dehors des phénomènes convulsifs, il y a dans les troubles psychiques et psycho-sensoriels une analogie des plus frappantes. C'est précisément dans les cas de cette espèce, que l'ophtalmologie peut être d'un grand secours.

a. Il y a en effet des cas dans lesquels, au point de vue convulsif, l'attaque de grande hystérie se réduit à la première phase, c'est-à-dire à la phase épileptoïde. En pareille occurence, il devient quelquefois très difficile de faire le diagnostic différentiel d'avec le mal comitial.

b. Si, de plus, les troubles mentaux consistent, comme cela a lieu très souvent, en hallucinations visuelles terrifiantes, en agitation maniaque, tous symptômes qui peuvent se trouver, avec les mêmes caractères, dans le hau tmal, on peut être très embarrassé.

c. Il peut même se faire, comme Richer l'a démontré, et on aura alors la vraie folie hystérique de nos asiles, qu'on n'ait devant les yeux qu'une sorte d'hystérie larvée sans phénomène convulsif d'aucun ordre, et réduite absolument aux troubles psychiques, comme l'épilepsie larvée.

Dans ces trois hypothèses, c'est dans des symptômes en apparence indépendants, qu'il faut chercher des points de repère ; et, dans l'espèce, les troubles de la vision seront les meilleurs éléments de diagnostic.

Laissons parler les faits, nous donnerons après nos conclusions.

Voici deux malades qui montrent bien la vérité de cette assertion, et leurs observations, que nous donnons ici en résumé, confirment cette manière de voir.

Obs. I. — H..... 21 ans, entré à la clinique avec le diagnostic épilepsie. Elle ne présente pas dans les premiers temps de son séjour d'attaques convulsives, de sorte que, de ce côté, on n'a aucune base pour établir un diagnostic.

Les phénomènes sont en effet, d'abord, purement mentaux. Ils se présentent sous la forme d'une assez grande agitation, avec *hallucinations de la vue* (zoopsie), visions de cadavres, surtout la nuit. Elle se lève et apostrophe des personnages imaginaires.

Impulsions à frapper, à courir. Etat mental d'une débile : n'a jamais pu apprendre ni à lire ni à écrire.

Mais enfin, tous ces symptômes, bien que bruyants, n'ont pas une grande valeur séméiologique. En dehors des délires par intoxication (alcoolisme, etc.) avec lesquels on pourrait très bien les confondre, ils sont aussi bien du domaine de l'épilepsie que de l'hystérie. De plus, les renseignements fournis par elle et par sa famille, feraient plutôt penser au morbus sacer qu'à l'hystérie.

En résumé, le diagnostic était en suspens. On examine alors l'état de sa sensibilité sensitivo-sensorielle : constatation d'anesthésie. L'esprit est alors éveillé, et l'examen méthodique de la sensibilité et des différents sens, spécialement de la vision, nous donne les résultats suivants :

Anesthésie généralisée pour la sensibilité générale; anesthésie sensorielle incomplète du goût; et enfin du côté de la *vision*, des lésions de premier ordre, que nous ne craignons pas de déclarer pathognomoniques, comme nous le dirons tout à l'heure.

Voici, par ordre d'importance, les modifications que H.... présente du côté des yeux :

1° *Rétrécissement concentrique du champ visuel* des deux yeux;

2° A gauche, en plus du rétrécissement concentrique, *inversion des couleurs*, c'est le rouge qui est ici périphérique au lieu du blanc. — Je ne veux pas anticiper ici, je reviendrai dans un instant sur ce point, en comparant cet état avec l'état physiologique;

3° *Dyschromatopsie* et même *achromatopsie* totale pour le violet à droite;

De plus, *diplopie, polyopie monoculaire* et *micropsie* très manifestes du côté gauche.

Devant un pareil assemblage de troubles oculaires, le diagnostic différentiel s'imposait : H..... n'était pas une épileptique. Aussi nous affirmâmes, à ce moment, que nous avions affaire à une *hystéro-épileptique* à forme de folie hystérique.

Il est inutile d'ajouter que ce diagnostic fut amplement confirmé : H..... a eu depuis, dans le service, plusieurs attaques de grande hystérie, qui justifient nos prévisions. C'est une hystérique renforcée, et, de plus, pour ce qui touche le côté mental, étant donné la forme particulière qu'elle présente (folie hystérique proprement dite) nous devons, avec M. le professeur Ball, faire ici quelques réserves au point de vue du pronostic.

Chez notre seconde malade, le diagnostic à débattre était encore plus difficile, car, outre le mal sacré, d'autres éléments morbides étrangers étaient venus charger et obscurcir le tableau. Ici encore, l'examen de la vision rendit les plus grands services, étant donné surtout que l'état de notre malade s'était compliqué à un tel point qu'il était difficile de voir quelle était l'affection première. Voici cette malade, intéressante précisément en raison des différents états accessoires qu'elle a présentés et qui ont couvert, un moment, la maladie principale.

Obs. II. — S...., 24 ans, entre à Laënnec pour *rhumatisme articulaire aigu*, le 12 octobre 1885. Au bout de six semaines, guérison de ses accidents rhumatismaux.

Le 18 novembre, *attaque convulsive*. — La malade secourue à temps n'est pas tombée.

Mouvements choréiformes permanents (membres supérieurs et inférieurs) — à la suite de cette attaque, trois mois après, *seconde attaque convulsive avec chute*.

Depuis cette époque (1er février 1886) les attaques se montrent toutes les semaines et les *accidents choréiques* redoublent d'intensité.

Elle entre enfin à la clinique le 18 octobre 86, la chorée disparaît à ce moment complètement ; il n'y a plus trace des accidents rhumatismaux du début, mais les attaques convulsives se montrent encore avec une extrême intensité.

Leurs caractères ne permettaient pas, à eux seuls, d'en fixer sûrement la pathogénie. — L'examen de la sensibilité générale, de la vision donnent alors des indications précieuses.

— *Sensibilité générale obtuse ;*

— *Rétrécissement concentrique* léger du champ visuel des deux yeux ;

— *Dyschromatopsie de l'œil droit.*

Reconnaît assez bien les couleurs excepté le jaune et le blanc qu'elle prend l'un pour l'autre. La malade, ce qui n'est pas la règle, avait elle-même attiré l'attention sur sa dyschromatopsie. Quand elle travaillait à la couture, elle prenait le jaune et le blanc pour du gris ; et, ce qui l'ennuie beaucoup, c'est «*qu'elle trouve toujours son ouvrage sali.* »

En présence de ces troubles sensoriels de la vision, il est permis d'affirmer que l'on a devant les yeux une hystérique. Mais, hâtons-nous d'ajouter que le cas, ici, est complexe. Notre malade, il est vrai, est une hystérique, et il est également vrai qu'elle a des attaques franches et classiques de grande hystérie, sur le caractère desquelles je n'ai pas à insister ici; mais il est indiscutable que, à maintes reprises, ces attaques convulsives ont présenté le caractère purement comitial sans mélange d'éléments hystériques (cri initial, morsure de la langue, miction, etc., etc.). En d'autres termes, il est probable que nous avons affaire à de l'hystéro-épilepsie à crises distinctes, et que S... est à la fois hystérique et épileptique.

Mais il n'en est pas moins vrai que l'examen de la vision a mis en lumière, dans un cas complexe comme celui-ci, la part qui revient à l'hystérie.

Quant aux accidents choréiques observés ici, nous ne préjugeons pas de leur nature, nous ferons seulement observer qu'en dehors du rhumatisme qui a été souvent mis en cause et que nous trouvons ici, il y a l'hystérie elle-même. Or, plusieurs auteurs ont insisté dernièrement sur les rapports étroits qu'il pourrait y avoir entre l'hystérie et la chorée (1).

Permettez-moi, enfin, à propos des services que peut rendre l'examen de la vision, dans les cas douteux de

(1) Voy. *Archives de Neurologie*. Feré, Souza, etc., 1885.

l'hystéro-épilepsie, de vous citer encore un cas intéressant qu'il nous a été donné d'observer.

OBS. III. — M...., 14 ans, hystéro-épilepsie à forme d'épilepsie partielle, chez un jeune garçon.

Il s'agit d'un jeune garçon de treize ans, venu le mardi, à la consultation de la clinique, pour des attaques qui ne laissaient pas d'inquiéter beaucoup sa famille.

Les attaques en question se localisaient toujours au membre supérieur gauche, sous forme de convulsions d'une durée de quelques secondes.

Son frère nous raconta, à ce moment, que ces attaques étaient précédées d'une douleur à l'épigastre remontant jusqu'à la gorge, puis odeur de soufre, et l'attaque éclatait. Conscience pendant l'attaque. Il eut du reste un accès dans le service, un jour de consultation, avec les caractères suivants : léger cri, pâleur de la face, convulsion du bras, qui est d'abord porté dans l'extension, puis fléchi derrière le dos. On porte alors le diagnostic d'épilepsie jacksonienne.

En raison cependant de quelques faits douteux dans son histoire (mère hystérique, conscience pendant l'attaque), on le fait revenir le lendemain pour l'examiner au point de vue des sens, et voici les résultats fournis par l'examen de la vision :

Œil gauche normal.

Œil droit :

1° Dyschromatopsie légère ;

2° Champ visuel rétréci dans son diamètre oblique gauche ;

3° Inversion du sens des couleurs : le rouge est la couleur périphérique.

Devant les résultats fournis par cet examen, on était porté à penser que le jeune M... était atteint non pas d'épilepsie jacksonienne, mais de l'*hystérie à forme d'épilepsie partielle* dont quelques auteurs ont dernièrement signalé l'existence (1). Dans la suite nos prévisions furent confirmées. De grandes attaques d'hystérie vinrent alterner avec les petites attaques signalées plus haut.

Je n'ai pas besoin d'insister davantage. Vous avez

(1) Ballet et Crespin. *Archives de Neurologie*. 1884.

vu suffisamment que, le cas échéant, l'examen de la vision et en particulier du champ visuel et des couleurs, peut trancher le diagnostic, dans le cas douteux où la grande hystérie pourrait être confondue avec l'épilepsie.

Mais l'épilepsie n'est pas la seule modalité délirante dont l'hystérie puisse prendre l'aspect. On voit souvent dans nos asiles des maniaques, des mélancoliques sans étiquette bien déterminée, du moins au début.

Et il est cependant bien important dans ces cas de pouvoir dire si on a affaire à des maniaques, à des mélancoliques simples, ou à des états symptomatiques.

Et cela a de l'intérêt non seulement au point de vue du diagnostic, mais aussi et surtout du pronostic. En effet, *on peut n'avoir qu'un accès de manie ou de mélancolie dans sa vie*, si ces états ne sont pas des complications, ou si on a affaire à la manie, à la mélancolie, entités morbides. Le pronostic est autrement grave si on a devant les yeux des modalités purement symptomatiques, soit de la paralysie générale, soit de l'alcoolisme, de l'épilepsie ou de l'hystérie, etc.

Il est donc de première nécessité pour l'aliéniste de chercher quelle est la maladie fondamentale à laquelle la manie ou la mélancolie ne sert, pour ainsi dire, que de vêtement. Mettre une étiquette sur les états de ce genre, c'est poser le pronostic, qui sera absolument différent dans chaque cas.

Or, les troubles psychiques présentés alors par les malades n'offrent pas toujours des caractères différentiels suffisamment nets. Ainsi, pour ce qui est de la manie, vous avez le syndrome zoopsie que vous trouvez avec des caractères peu distincts dans la manie alcoolique, épileptique et hystérique. Je ne choisis qu'un exemple, je pourrais les multiplier.

C'est alors qu'il faudra examiner soigneusement les troubles psychiques que le malade peut présenter ; et dans l'espèce, pour le point particulier qui nous occupe en ce moment, s'il présente des intervalles de lucidité, il faut en profiter immédiatement et pratiquer l'examen de la vision selon les règles que j'indiquerai tout à l'heure.

Voici, par exemple, le résultat de l'examen de la vision chez une *maniaque* de la Clinique qui, dans les premiers jours de son entrée, présentait certaines difficultés de diagnostic.

OBS. IV. — Y...., 24 ans. Il s'agit d'une jeune femme atteinte de manie hystérique, chez laquelle, au début, on hésitait à poser un diagnostic.

Durant les premiers temps de son internement, son délire ne présentait aucun caractère bien net : agitation maniaque ; hallucinations de l'ouïe et de la vue (zoopsie), tous caractères que l'on peut trouver dans différentes manies symptomatiques.

L'examen de la sensibilité générale, pratiqué à ce moment, fit découvrir une hémanesthésie gauche avec hyperesthésie ovarienne et mit sur la voie. L'examen de la vision pratiquée pendant une période de lucidité donna les résultats suivants :

Œil droit : normal.

Œil gauche : rétrécissement consentrique léger — inversion du sens des couleurs ; le rouge est la couleur périphérique — pas d'achromatopsie ni de dyschromatopsie.

A ce moment bien que V..... n'ait jamais eu d'attaques, ces troubles de la sensibilité et de la vision font penser à une manie hystérique.

Du reste, depuis l'époque où cet examen a été pratiqué, le délire lui-même a complètement changé d'aspect. Et actuellement, par eux seuls, l'état mental et le délire de V.... la font ranger, sans hésitation, parmi les folles hystériques.

En effet, elle se croit appelée à régénerer la France et l'univers entier.

Hallucination de l'ouïe et *voix* qui l'appellent Jeanne d'Arc.

Hallucination de la vue : elle voit Mahomet, dans les nuages, qui converse avec elle, etc., etc.

En résumé, N..... nous montre actuellement un type de délire hystérique chez une débile.

Mais il n'en est pas moins vrai qu'au début de son délire, alors qu'il n'était pas encore caractéristique, l'examen de la sensibilité sensitivo-sensorielle a été très utile.

Enfin dans une dernière observation que nous donnons ici, l'examen de la vision, pratiqué à plusieurs reprises, a pu donner d'utiles indications dans un cas où tous les renseignements manquaient.

Obs. V. — C....., 23 ans, amenée à la clinique dans un accoutrement bizarre, en costume de comédienne foraine, se renferme dans un mutisme complet. Elle reste ainsi quinze jours sans prononcer une seule parole, le regard fixe et insensible à toute excitation. Ses yeux qu'elle tient constamment dirigés vers le ciel, l'immobilité des muscles de la face et l'aspect de la physionomie, répondent assez bien, chez elle, à l'état que l'on a décrit sous le nom d'extase.

De plus, l'anesthésie absolue de tout le tégument fait songer à des modifications du même ordre du côté du sens de la vue.

En effet, lorsqu'elle sort de son mutisme, on découvre chez elle de l'*achromatopsie des couleurs périphériques*, et le rétrécissement concentrique du champ visuel. (V. p. 1.)

Depuis, elle a eu dans le service, et, actuellement, elle a journellement des attaques d'hystéro-épilepsie d'une violence extrême, qui nécessitent l'intervention de plusieurs gardiennes.

D'autre part, sans qu'il soit besoin ici d'insister, son état mental et son état délirant sont à ce point caractéristiques, qu'on la montre à la clinique comme un type assez pur et rare, du reste, de ce que les auteurs ont appelé folie hystérique (1).

Les observations et les considérations que l'on vient d'exposer brièvement, montrent suffisamment, sans qu'il soit besoin d'insister, l'importance qu'il y a, dans

(1) Il ne faut pas confondre, en effet, la manie, la mélancolie, *chez les hystériques*, avec la *folie hystérique*, qui est tout autre chose. La folie hystérique est, pour ainsi dire, l'état mental classique de l'hystérique vulgaire (tendance au mensonge, à la supercherie, etc., etc.,) poussé à l'extrême, état mental compliqué d'un état psycho-sensoriel assez particulier, sur lequel je n'ai pas à insister ici : hallucination de la vue, impulsions au suicide, etc.

certains cas déterminés, à pratiquer l'examen de la vision.

Mais la question qui se pose maintenant est de savoir comment il faut procéder, quelles méthodes et quelles règles il faut suivre.

Pour terminer, je demanderai donc la permission de passer en revue, très brièvement, les différents modes d'exploration des fonctions visuelles en me plaçant, naturellement, au point de vue particulier qui nous occupe en ce moment. Cette revue ne sera pas, je crois, inutile, car, lorsqu'il s'agit d'aliénés, la ligne de conduite à suivre, dans ces recherches minutieuses, doit être quelque peu modifiée.

En effet, il y a, tout d'abord, dans nos asiles, à tenir un grand compte de l'état mental des malades, bien que l'examen doive être fait durant les périodes de lucidité qu'ils présentent à peu près tous ; et il y a à tenir compte plutôt des troubles objectifs que de leurs réponses.

Nous ne ferons, du reste qu'exposer ici ce qui se fait dans le service de la Clinique, toutes les fois que nous avons à pratiquer l'examen de la vision chez un aliené (1), toutes les fois, par exemple, qu'une des nombreuses formes de l'hystérie délirante est soupçonnée.

Disons, avant de passer à cette étude, que l'ophtalmoscopie, que l'examen du fond de l'œil ne joue ici aucun rôle, car, et le fait a été signalé depuis longtemps, dans les cas d'amblyopie hystérique, d'amaurose complète même, on ne trouve jamais de lésion rétinienne.

Il y a d'abord, chez les aliénés, un symptômes des plus

(1) Depuis plusieurs mois un cabinet d'ophtalomolgie est, du reste, annexé au service de la Clinique, à l'Asile Sainte-Anne, dans lequel les élèves peuvent s'exercer et pratiquer des examens ophtalmoscopiques. La psychiatrie, à un degré moindre, il est vrai, que la neuropathologie qui doit tant à l'ophtalmoscopie, à la cérébroscopie, peut aussi bénéficier, dans de certaines limites, de l'appui et des lumières de l'ophtalmologie.

importants qui posera l'indication nette d'un examen visuel, *et qu'on doit toujours rechercher chez tous les malades sans exception, c'est l'état de la sensibilité générale*. Je dis *rechercher*, car, chose singulière, l'anesthésie sensitivo-sensorielle, c'est-à-dire ici l'abolition du sens du tact et l'abolition de la vision colorée, est un trouble qu'on doit toujours chercher. Il est rare que les malades vous disent, par exemple, qu'elles ne sentent pas la piqûre, qu'elles ne distinguent pas les couleurs. Vous avez vu, en effet, dans les six cas rapportés devant vous, que les troubles de la vue, quelle qu'en fût leur nature, ont toujours correspondu à des troubles de la sensibilité générale.

C'est là une règle d'une importance pratique capitale : *il n'y a pas, chez les hystériques, d'amblyopie sans trouble correspondant de la sensibilité générale.*

Autrement dit, l'anesthésie visuelle n'existe pas sans anesthésie de la sensibilité générale sous une forme ou sous une autre.

Nous avons, disons-le en passant, dans ces rapports entre les troubles de la sensibilité générale et les troubles de la vue, une indication des plus précieuses : lorsqu'il s'agit d'aliénés, c'est-à-dire de gens qui fournissent difficilement des renseignements, on est très heureux de trouver un signe physique qui s'impose, l'anesthésie, et dont la valeur séméiologique saute aux yeux de tous; car il met souvent, comme ici, sur la recherche d'un autre signe, et, particulièrement, sur la voie du diagnostic. Aussi, dans les asiles, lorsqu'un malade se présente, l'examen de la sensibilité générale est le premier que l'on fait.

La forme, de beaucoup la plus commune, que revêt, dans le point qui nous occupe, la lésion de la *sensibilité générale dans ses rapports avec la sensibilité spéciale* en question, c'est *l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle :*

la vision est atteinte du même coté que la sensibilité générale, et c'est ordinairement le côté gauche qui est en jeu (*hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle gauche*).

De plus, dans l'immense majorité des cas, ces troubles siègent du même côté que l'hyperesthésie ovarienne, que l'ovarie (Charcot).

Amblyopie, *hémi-anesthésie* et *ovarie* sont donc trois phénomènes connexes qui sont intimement liés les uns aux autres. La constatation d'un de ces trois facteurs devra toujours mettre en éveil, et mettre sur la piste des deux autres.

Cependant il importe d'apporter à cette règle générale les restrictions suivantes :

Il y a des cas dans lesquels l'amblyopie existe sans lésion d'hémianesthésie, sans même d'anesthésie sensitive, de trouble quelconque de la sensibilité générale. — (Très rare.)

Il y a des cas dans lesquels l'hémianesthésie gauche est amblyopique droite, et réciproquement. — (Rare.)

Dans les cas, assez fréquents chez les hystériques, d'anesthésie de la sensibilité générale par plaques, l'amblyopie est ordinairement binoculaire.

L'esprit est donc mis en éveil par les lésions de la sensibilité générale, sous une forme ou sous une autre. En quoi consiste maintenant cette amblyopie, quelle forme présente-t-elle et comment la rechercher ?

Ce sont là trois questions auxquelles il sera bien facile de répondre après les détails dans lesquels nous sommes entrés tout à l'heure, à propos de nos observations.

1° — *Troubles dans la vision colorée.* — Le trouble visuel le plus banal, le plus commun, qu'on doit immédiatement et en premier lieu rechercher dès qu'on a constaté des troubles d'anesthésie ou d'hémianesthésie,

c'est *un trouble dans la vision des couleurs* pouvant varier depuis une *dyschromatopsie* légère jusqu'à l'*achromatopsie* complète.

Quelquefois, mais bien rarement, le malade lui-même, comme notre hystérique (Obs. II) de tout à l'heure, vous met sur la voie en se plaignant de voir *gris sale.* Le gris sale est, en effet, une sensation qu'éprouvent certains achromatopsiques.

Mais la plupart du temps c'est là un trouble qu'il faut chercher, et cette perte de la *vision colorée* n'est pas accusée par les malades.

Je n'ai pas à entrer, ici, dans les procédés, très simples, du reste, employés pour déceler la dyschomatopsie; je me contenterai de signaler, ici, le procédé des disques colorés de Wécker, l'échelle métrique colorée du même auteur et le procédé des *laines de Holmgren*, qui est certainement le plus sûr, et qui prête le moins à la confusion.

Ce qu'il faut savoir, c'est que, dans l'hystérie, la couleur dont la notion est le plus souvent perdue, c'est le violet, puis le vert, puis, par ordre de fréquence, le rouge pour lequel il y a souvent exception, puis le jaune, puis le bleu, et enfin le blanc.

D'autre part, et le fait est intéressant à noter, dans un cas d'amblyopie *progressive*, c'est dans le même ordre que les couleurs sont perdues; la couleur dont l'hystérique perd d'abord la notion, c'est le *violet;* puis les autres couleurs sont successivement perdues dans l'ordre suivant : *vert, rouge, jaune*, *bleu* et *blanc.* Voilà la règle.

Il y a de nombreuses exceptions à cette règle, surtout en ce qui concerne le *rouge.* On peut dire, et c'est un fait sur lequel M. Charcot a appelé l'attention à plusieurs reprises, que le *rouge* est la couleur chérie des hystériques; il y a des hystériques qui ne reconnais-

sent que le *rouge*, toutes les autres couleurs sont vues *gris sale*.

Cette perte progressive du sens des couleurs est intimement liée, fait intéressant à noter, à l'étude du champ visuel qui rend assez bien compte du phénomène.

L'achromatopsie va rarement jusqu'à l'amaurose vraie. L'amaurose hystérique complète est en somme un phénomène rare.

Je dirai plus, l'*acuité visuelle* proprement dite est assez rarement modifiée au milieu de tous ces troubles bizarres. On devra cependant la rechercher et, pour ce, employer de préférence l'échelle métrique de Schnelen. — Quant à la réfraction, je ne sache pas qu'elle soit modifiée.

2° — *Anomalie du champ visuel.* — Si vous avez constaté de la dyschromatopsie, même à un très faible degré, faites l'examen du *champ visuel.* C'est là, c'est dans le champ visuel, que vous trouverez souvent la caractéristique de l'hystéro-épilepsie. Je dirais même, si je ne craignais d'employer une expression qu'on doit peu employer en clinique, qu'il y a, dans le champ visuel des hystériques, un signe pathognomonique de leur état. On doit certainement regarder les modifications qu'ils présentent alors comme tenant la tête des stigmates de l'hystérie, à tel point que certain neuro-ophtalmologiste ne craint pas de leur accorder la même valeur seméiologique que les grandes attaques.

Dans tous les cas, il est important pour nous, aliénistes, d'étudier en quoi il consiste, puisque ses caractères, comme nous l'avons vu chez six malades, tout à l'heure, a pu nous aider à différencier l'hystérie délirante sous différentes formes, de certaines autres modalités délirantes (épilepsie, alcoolisme, délires par intoxication, manie et mélancolie symptomatiques, etc.).

Il importe donc de savoir le rechercher, et de connaître les caractères qui en font un point de diagnostic différentiel de haute importance.

Mais avant de vous parler d'un état anormal, il n'est peut-être pas inutile de vous dire très vite ce qu'est l'état normal. D'autant que ces notions, bien que commençant maintenant à entrer dans la pratique journalière, ne sauraient être trop présentes à l'esprit, en raison des services qu'elles peuvent rendre dans les asiles.

A. — *Champ visuel et physiologique.* — 1° Son *amplitude.* — *Le Champ visuel* qui, en réalité, donne bien mieux que l'*acuité visuelle* le critérium d'une bonne vision, possède une certaine amplitude physiologique qui varie peu pour une même couleur et pour un œil normal. Cette amplitude se mesure, soit à l'aide du campimètre de Wecker, soit à l'aide du périmètre de Landolt, qui est un instrument plus précis. C'est celui dont on se sert à la Clinique.

2° *Disposition relative invariable des différentes couleurs.* — Le champ visuel physiologique normal, ou les différentes couleurs chez un même individu, n'a pas la même amplitude.

Sur le tracé campimétrique, ces couleurs présenteront une disposition concentrique différente, mais *invariable, préétablie;* c'est cet ordre invariable de l'état physiologique qu'il faut retenir. Le voici :

Le champ visuel physiologique est plus étendu pour le blanc que pour le bleu, pour le bleu que pour le jaune, pour le jaune que pour le rouge, pour le rouge que pour le vert, pour le vert que pour le violet. Ces couleurs sont ainsi, par ordre décroissant : blanc, bleu, jaune, rouge, vert, violet. A l'état physiologique le blanc et le bleu sont ainsi dites *couleurs périphériques.* Le violet est la couleur *centrale* par excellence.

L'étendue ordinaire pour le blanc oscille entre le 60° et 80° degré du périmètre de Landolt, sauf pour le diamètre supérieur qui est moins étendu. Il représente assez bien une *ellipse* ayant environ 160° dans le sens vertical et 175° dans le sens horizontal.

En somme, le champ visuel normal a trois caractères qu'il faut retenir ici :

1° Il est *étendu;* 2° *régulier et concentrique;* 3° il donne pour la disposition relative des couleurs un *ordre invariable* décroissant, toujours le même. — Le champ visuel de M. X..., élève du service, que nous avons pris avec le périmètre de Landolt et dont les yeux mesurent l'acuité 1, nous présente assez bien le type du champ visuel normal physiologique. Il est *étendu, régulier et concentrique*, et la *disposition relative* des couleurs est bien la disposition préétablie et physiologique.

B. — *Champ visuel hystérique.* — Eh bien, dans l'hystérie, ce sont précisément ces trois caractères qui manquent et qui font que le champ visuel, dans l'espèce, présente des modifications de premier ordre, signalés pour la première fois, je crois du moins, en France, par MM. Galezowski et Landolt.

Ces anomalies du champ visuel présentent les particularités suivantes :

1° Il est rétréci concentriquement;

2° Il est irrégulier ;

3° La disposition relative des couleurs, invariable à l'état physiologique, est détruite ;

4° Il est quelquefois hémianopsique.

I. — *Rétrécissement concentrique régulier du champ visuel.* — Je ne craindrai plus ici d'exagérer en disant que nous avons là, dans ce rétrécissement concentrique régulier, un signe d'une importance séméiologique con-

sidérable et qui représente, pour ainsi dire, la signature, la marque de fabrique de l'hystérie (1).

C'est le trouble visuel le plus commun, le seul, souvent, que l'on trouve dans cette affection.

Ce syndrome a d'autant plus de valeur, qu'en oculistique, même dans le domaine des lésions rétiniennes, je ne vois guère que deux affections qui présentent un champ visuel rétréci concentriquement et régulièrement.

C'est la rétinite pigmentaire et le glaucome.

Or ces deux maladies ont des lésions très apparentes du fond de l'œil, et l'on sait que l'examen ophtalmoscopique dans l'hystérie est complètement négatif.

Ce rétrécissement concentrique de l'hystérie peut présenter tous les degrés. Entre le rétrécissement léger de S... (Obs. II) et le rétrécissement extrême de H..., il y a tous les degrés.

Ce rétrécissement comprend à la fois toutes les couleurs, et il y a entre les champs visuels des différentes couleurs la même disposition relative qu'à l'état normal, les proportions ne varient pas.

Seulement un point important ici à noter, c'est le rapport qu'il y a entre la *marche du rétrécissement*, dans le cas d'amblyopie progressive, et la *marche de l'achromatopsie*, rapport du reste facile à comprendre.

Lorsqu'il y a rétrécissement progressif très prononcé comme chez H... (Obs. I), les couleurs disparaîtront alors dans l'ordre énuméré plus haut, et du centre à la périphérie: la vision pour le violet, comme dans le champ visuel cité, est la première à disparaître, car c'est la couleur *centrale* et il y a achromatopsie pour le violet. A l'état ordinaire, la malade ne reconnaîtra plus le vio-

(1) Cependant quelques neurologistes accordent à ce signe trop d'importance, quelques-uns d'entre eux allant jusqu'à décorer du nom d'*hystérie larvée*, des cas dans lequel le seul stigmate observé a été ce rétrécissement concentrique du champ visuel.

let, et dans ce cas, si on lui présente le disque violet de Wecker, ou l'écheveau de laine de Holmgren, elle voit cette couleur gris sale. Au point de vue pratique, il importait d'insister sur cette corrélation du champ visuel et de la vision colorée, simple et banale au premier abord.

Puis, si l'amblyopie progresse, si le champ visuel se rétrécit encore, la vision pour le vert, puis pour le rouge, puis pour le jaune, puis pour le bleu, peut disparaître peu à peu. Et cela a lieu dans un ordre progressivement décroissant. On peut même voir, dans cet ordre d'idées, et nous avons constaté le fait dans le service de la Clinique plusieurs fois, dans le cas de rétrécissement concentrique, extrême et progressif, on peut voir le champ visuel réduit à la couleur blanche, c'est-à-dire à la couleur périphérique.

Le blanc devient alors la couleur *périphérique* et *centrale* tout à la fois, jusqu'à ce qu'enfin le terme de cette amblyopie, le terme de ce rétrécissement concentrique progressif aille jusqu'à l'amaurose hystérique complète, rare du reste.

Hâtons-nous d'ajouter que cette relation entre la marche du rétrécissement du champ visuel et la marche de l'achromatopsie, n'est pas une règle.

La véritable règle, pour ce point particulier, est la variété, la bizarrerie. Il n'y en a pas d'autres.

Ce qui fait que le rétrécissement concentrique, chez les hystériques, lorsqu'il suit une marche progressive, n'obéit pas à cette progression mathématique, c'est que précisément, chez eux, il vient alors se surajouter deux autres phénomènes, également caractéristiques :

1° L'inversion du sens des couleurs ;

2° L'irrégularité dans les limites de l'amplitude visuelle ;

II.— *Inversion du sens des couleurs.* — Un des trois

grands caractères du champ visuel normal, vous l'avez vu, c'est l'ordre déterminé par la nature dans l'amplitude relative de la vision pour les différentes couleurs (cette disposition préétablie des différentes couleurs, qui occupe la périphérie sur le tracé campimètrique).

Or, un phénomène assez fréquent comme trouble visuel dans l'hystérie, c'est, précisément, une dérogation à cette loi naturelle.

Cette interversion dans l'ordre préétabli des différentes couleurs, dans le champ visuel, est alors un bon caractère différentiel.

L'inversion la plus fréquente, sans contredit, c'est l'*inversion du rouge.* Le blanc, au lieu d'être la couleur périphérique, est relégué au second plan. C'est le rouge la couleur préférée des hystériques, et pour laquelle le champ visuel est alors le plus étendu.

C'est là l'explication, chez les hystériques, des cas d'amblyopie progressive dans lesquels le *rouge* est devenu la couleur périphérique et centrale, tout à la fois.

Dans ces cas, après avoir suivi un ordre progressivement décroissant comme précédemment, l'hystérique est *achromatopsique pour toutes les couleurs, sauf pour le rouge.*

C'est l'inversion la plus fréquente, c'est celle qu'on voit signalée le plus souvent dans les traités spéciaux, dans Landolt, Galzowski, Charcot, par exemple.

C'est aussi celle que nous avons trouvée le plus souvent dans les recherches que nous avons faites à ce sujet.

Dans plusieurs cas que nous avons observés, l'évidence de cette inversion du sens de la vision pour le rouge a été notée, et a été d'un grand poids pour le diagnostic différentiel.

Eh bien! dans ces différents cas, il est permis de penser que si l'amblyopie est progressive, il arrivera un moment où le rouge sera la seule couleur perçue.

III. — *Irrégularité du champ visuel.* — J'ai dit, en troisième lieu, qu'un des caractères du champ visuel physiologique, c'est la régularité. Ce champ visuel est, en effet, régulièrement circulaire ou régulièrement elliptique. Or, un caractère que l'on trouve souvent dans le tracé des hystériques, c'est l'irrégularité.

Voici, par exemple, un tracé qui est un type d'irrégularité, à un tel point qu'il serait difficile, ou au moins très long, d'en donner un description exacte et entière.

L'irrégularité n'est pas un phénomène qui ait, dans l'espèce, une signification nosologique aussi importante que le rétrécissement concentrique, car c'est en ophtalmologie un caractère commun à plusieurs maladies de l'appareil de la vision : telles que le décollement de la rétine, les chorio-rétinites, et les rétinites pigmentaires, etc. qui donnent sur le tracé campimétrique des lacunes et des scotomes périphériques, c'est-à-dire, des types de champs visuels irréguliers.

Mais enfin, cette irrégularité du champ visuel est un facteur dont il faut tenir compte, surtout quand elle se présente à un très haut degré, et quand elle s'ajoute à d'autres stigmates de l'hystérie.

IV. — *Champ visuel hémianopsique.* — Nous devons noter une dernière particularité du champ visuel chez les hystériques, très rare, il est vrai, mais que nous devons mentionner pour être complet, car elle a été signalée quelquefois chez les hystériques, c'est l'hémianopsie du champ visuel (1).

(1) Disons à ce propos, pour bien fixer la signification des termes, qu'il ne faut pas confondre les deux expressions, *hémiopie*, et *hémianopsie*, comme cela a lieu si souvent dans les auteurs.

En ophtalmologie, hémiopie signifie abolition de la perception visuelle dans une moitié de la *rétine* ; hémianopsie signifie l'obscurcissement d'une moitié du *champ visuel*.

Autrement dit, comme les rayons lumineux s'entre-croisent, l'hémia-

Cette anomalie du champ visuel revêt du reste, dans ce cas, absolument les mêmes caractères que l'hémianopsie par lésion d'une bandelette, ou que l'hémianopsie par lésion corticale, si bien étudiée dans une récente revue par Séguin (*Arch. de Neurologie*, 1886, n° 32, page 176 .

Nous nous contentons de signaler cette modification de la vision, qui est, du reste, très rare, et qui ici échappe à toute explication.

Ces troubles de la *vision colorée* et du *champ visuel* que nous venons de passer en revue, sont incontestablement les plus importants à signaler. Eux seuls peuvent être véritablement regardés comme des *stigmates de l'hystérie*. Mais on y trouve encore quelques symptômes, qui, sans avoir, à beaucoup près, la valeur séméiologique de ceux que nous venons d'étudier, doivent cependant nous arrêter un instant.

Parmi ces modifications de la vue dans l'hystérie, que nous rangeons au second plan, nous devons signaler la *micropsie*.

La micropsie est un symptôme banal, même en aliénation mentale, et que l'on retrouve dans quelques autres formes délirantes ; M. le professeur Ball (1) le signale dans la manie et y insiste.

Voici en quoi consiste ce phénomène : vous montrez, par exemple, le doigt à une hystérique et vous l'éloignez peu à peu de ses yeux ; il paraît alors beaucoup plus petit. Vous le rapprochez, il grandit démesurément. H... (Obs. I) présentait très nettement ce phénomène, assez fréquent, du reste, dans l'hystérie délirante.

nopsie est la traduction, sur le *tracé graphique*, de l'hémiopie, qui est la *lésion rétinienne* elle-même. Une hémianopsie gauche, par ex., correspond alors à une hémiopie droite, et réciproquement.

(1) B. Ball, *Leçons cliniques, sur les maladies mentales* (Chap. *Manie*).

Vous avez, enfin, dans la *diplopie* ou plutôt *polyopie monoculaire* une des bizarreries que peut présenter la vision chez les hystériques. Et notez que quand il existe, ce signe ne manque pas d'une certaine valeur, car il présente un phénomène rare dans les maladies de l'œil. Il s'agit, en effet, dans l'espèce, de diplopie *monoculaire*, et non binoculaire, symptôme, au contraire, qu'on peut appeler banal et intimement lié aux paralysies oculaires (paralysie des muscles moteurs).

Vous avez, en effet, une paralysie du moteur oculaire commun, c'est-à-dire du droit interne, ou du moteur oculaire externe, c'est-à-dire du droit externe.

Le symptôme objectif sera le strabisme convergent ou divergent, et le symptôme subjectif, la diplopie, qui s'explique *alors* de la façon suivante.

A l'état normal la vision est simple, parce que les deux axes visuels dirigent les images des objets sur des régions *homologues* des rétines, parce que les rayons lumineux tombent sur des points de la rétine qui se correspondent d'une rétine à l'autre, et qu'on appelle *points identiques*, les deux images se superposent alors dans l'encéphale et l'objet est vu simple. — Dans le cas de paralysie musculaire, les deux axes visuels sont déviés; les deux images tombent, dès lors, sur des points qui ne se correspondent plus, elles ne se superposent plus dans l'encéphale, et l'objet est vu double.

Voilà pour la diplopie *binoculaire* et l'explication classique qu'on en donne.

Le trouble particulier dont nous nous occupons en ce moment, la diplopie *monoculaire* des hystériques, beaucoup plus rare, est tout autre chose. Ce n'est plus ici du reste, un phénomène en rapport avec une paralysie oculaire, ce n'est plus ici un trouble d'ordre périphérique ou rétinien, comme toutes les manifestations sensorielles de l'hystérie, c'est un phénomène d'ordre

purement cérébral. Les notions que nous avons sur la physiologie et sur les fonctions de la rétine, ne suffisent pas, du reste, à expliquer la polyopie monoculaire des hystériques, qui doit avoir son siège dans une région centrale du cerveau.

Pour notre étude, ce qu'il importe surtout de retenir, c'est que ce signe est toujours uni à du rétrécissement du champ visuel, et que, de plus, en raison de sa rareté en oculistique, il doit éveiller l'attention vers l'hystérie.

H... (Obs. I) nous a présenté ce phénomène, singulier, comme vous l'avez vu, à un très haut degré.

J'omets, à dessein, bien d'autres troubles du côté de l'œil, car je me suis surtout placé ici au point de vue du diagnostic différentiel.

C'est ainsi que j'ai omis de vous entretenir des modifications survenues dans l'appareil de la vision chez les hystériques *pendant l'attaque.*

Dans cet ordre d'idées, il aurait été intéressant de suivre l'état des réflexes oculaires durant la crise convulsive elle-même. On aurait vu alors qu'il y a abolition, plus ou moins complète, des réflexes oculo-palpébral, cornéen, pupillaire, et conjonctival. Je renvoie pour cette étude aux auteurs spéciaux (1).

Mais je n'ai voulu que résumer cette question de la vision chez les hystériques, et je me suis placé surtout au point de vue un peu particulier du diagnostic différentiel qu'on peut être appelé à faire dans un asile d'aliénés.

Et cependant, bien que le but que je me sois proposé aujourd'hui soit essentiellement clinique, permettez-moi de finir par quelques aperçus, très brefs, sur la signification physiologique des troubles visuels que nous

(1) Voy. plus spécialement, Richer, Féré.

venons de passer en revue, et sur leur siège anatomique probable.

En l'absence de toute lésion, caractère négatif qui fait le fond de toutes les manifestations de l'hystérie, on peut du moins, en procédant par comparaison et en s'appuyant sur des faits identiques, arriver à se faire une opinion, encore hypothétique, il est vrai, mais vraisemblable.

Il faut d'abord, pour cela, faire une incursion dans la pathologie ordinaire, et rechercher s'il n'y a pas de syndromes cliniques, à localisation nettement déterminée, qui présentent des analogies avec les stigmates hystériques sensoriels en question.

Il y a d'abord un syndrome morbide qui présente les plus grandes analogies avec l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle d'origine hystérique que nous venons de développer, c'est l'*hémianesthésie de cause cérébrale par foyer circonscrit de l'encéphale*. Dans ce syndrome morbide, on trouve en effet, non seulement l'hémianesthésie sensitive, avec les mêmes caractères que dans l'hystérie, mais les mêmes troubles visuels, en particulier l'achromatopsie et le rétrécissement concentrique.

Voici un tracé bien concluant que nous avons pris sur un hémiplégique gauche, avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle d'origine cérébrale. — Eh bien! on aura de la peine à le distinguer des tracés campimétriques d'hystéro-épilepsie qui vous sont passés devant les yeux.

Or, dans ces cas, la physiologie, par les expériences de Veyssière, de Duret, etc., et l'anatomo-pathologie par des autopsies nombreuses et positives, indiquent comme lésion déterminante, la lésion du *carrefour sensitif*, et cette localisation est admise par tous.

Maintenant, d'autre part, si on considère l'hémianesthésie par intoxication (saturnine, alcoolique, mercu-

rielle) on trouve encore les mêmes complexus symptomatiques, les mêmes modifications de la vision ; cette analogie est si grande entre les hémianesthésies sensitives et sensorielles hystériques et les hémianesthésies par intoxication, que tout dernièrement M. Charcot a même prétendu que les hémianesthésies alcooliques (1) n'étaient que des cas, mal observés, d'hystéro-épilepsie (2).

Or, dans ces cas également, bien qu'il y ait encore peu d'autopsies, on est généralement d'accord pour admettre une lésion de cette même région sensitivo-sensorielle de la capsule interne, mieux définie sous le nom de carrefour sensitif. (Charcot, Brissaud, Ballet.)

En raisonnant par analogie, puisque les deux ordres de symptômes sont, pour ainsi dire, calqués l'un sur l'autre, il est permis de présumer, sans que, bien entendu, on puisse rien affirmer, que l'amblyopie hystérique est provoquée par des troubles siégeant dans la même région.

Seulement l'ophtalmo-neurologiste, en raison de l'absence de toute lésion chez les hystériques, en raison de la soudaineté avec laquelle les accidents disparaissent chez eux pour faire place à l'état normal, l'ophtalmologiste ne peut plus admettre ici une lésion irrémédiable comme dans les cas précités.

Il est malheureusement forcé, après avoir localisé le siège et s'être appuyé sur des données cliniques sérieuses, lorsqu'il veut aller plus avant, et déterminer la nature de la lésion, de s'en tenir aux mots vagues de lésion dynamique, de modification fonctionnelle de

(1) Magnan. *Alcoolisme* : Chap. hémianesthésie alcoolique, page 215. *Gazette hebdomadaire*. 1873.

(2) Charcot. *Leçons de la Salpêtrière*, in *Progrès médical*, 1886.

nature vasculaire probable, qui ne satisfait nullement l'esprit (1).

Mais si la pathogénie, si la physiologie de ces troubles visuels est encore obscure, peu nous importe. Ce qu'il nous importe de retenir c'est le côté pratique, le côté clinique.

Or, je crois avoir démontré, comme je le disais au commencement de cette conférence, tout l'intérêt pratique que l'aliéniste lui-même peut tirer de cette étude dans les diagnostics différentiels de l'hystérie délirante.

L'heure est trop avancée pour que je puisse seulement esquisser, comme j'en avais l'intention, l'étude de certains autres troubles de la vision fréquente chez les aliénés.

Je dois m'en tenir aujourd'hui aux modifications de la vue dans l'hystérie et ses différentes manifestations délirantes.

Je suis ainsi forcé de passer sous silence quelques considérations que j'avais l'intention de vous soumettre, dans le même ordre d'idées, sur l'*épilepsie et la folie épileptique* (2), sur la *paralysie générale*, sur la *syphilis cérébrale*, et sur quelques autres affections mentales, qui présentent, elles aussi, des troubles de la vision, comme on peut le constater dans les services d'aliénés.

Mais, avant de nous séparer, permettez-moi de vous montrer trois malades atteints de *paralysies oculaires*,

(1) Cette hypothèse de la localisation de l'amblyopie et de l'hémianesthésie hystérique dans le carrefour sensitif de la capsule interne, hâtons-nous de le dire, n'est pas admise par tous les neurologistes. — Régnard (Société de biologie, 26 janvier 1878); Ballet (in *Faisceau sensitif*, Thèse de 1881) lui donnent, au contraire, un siège cortical. — M. Ballet, dans la troisième partie de sa thèse (chap. II, p. 98), appuie sur des considérations très intéressantes, ce rôle de l'écorce cérébrale dans la pathogénie des troubles sensitivo-sensoriels en question.

(2) G. Pichon. *De l'Épilepsie dans ses rapports avec les fonctions visuelles*. Thèse de Paris, 1885, lib. Ollier-Henry.

et dont le *ptosis* chez tous les trois est le symptôme qui attire tout d'abord l'attention.

Malgré la ressemblance de ces trois cas, leur étiologie est toute différente; et c'est précisément cette diversité d'origine qui donne de l'intérêt à ces trois malades, lesquels cependant, au simple examen, semblent atteints de la même affection.

Tous les trois sont atteints d'une paralysie oculaire, vous pouvez le voir, même à dix mètres de distance, grâce à leur blépharoptose. Chez l'un d'entre eux, ce prolapsus de la paupière supérieure est même tellement prononcé, que le globe oculaire est chez lui complètement caché.

Cet aspect est caractéristique, et vous avez compris que nous nous trouvons là en présence de trois paralysies oculo-motrices, en présence de trois paralysies du moteur oculaire commun.

Chez deux de ces malades, cette paralysie de la troisième paire a comme cause la cause banale, la cause classique, la syphilis. L'origine syphilitique de ces sortes de paralysies oculaires est en en effet la règle, car on peut dire, avec M. le professeur Ball (1), que la ptose oculaire est, chez le syphilitique, une signature, un sceau qu'il porte imprimé sur son visage, et qui le fait reconnaître de l'œil le moins exercé. — Comme cela est la règle également, chez ces deux malades l'oculo-moteur est intéressé dans sa totalité : la *paralysie du droit externe,* innervé par sa branche interne, est accusée, en effet, comme vous le voyez, par un *strabisme externe ou divergent* très accentué (action maintenant exclusive du droit externe qu'innerve la 6e paire). Le *sphincter de la pupille,* innervé, comme vous le savez, par des branches afférentes fournies au ganglion

(1) Benjamin Ball et Krishaber. Art. *Tumeurs cérébrales* in *Dictionn. encyclop. des sc. méd.*

ophtalmique par le moteur oculaire commun, ne réagit plus à la lumière, et sa paralysie donne lieu en plus à une mydriase exagérée qui contraste avec le myosis de l'autre œil; cette *mydriase* et cette *abolition du réflexe pupillaire,* si caractéristique dans l'espèce, n'est pas le seul symptôme que présente la paralysie des branches afférentes oculo-motrices du ganglion ophtalmique : le *muscle ciliaire* qu'innerve aussi l'oculo-moteur par l'intermédiaire de ces branches, est paralysé. Il en est résulté une paralysie de l'accommodation, qui est moins accusée par le premier des deux malades en question, parvenu actuellement au dernier degré de la démence, et qui ne rend plus aucun compte de ses sensations; mais cette perte de l'accommodation est très appréciable chez notre second syphilitique : la vision de près est impossible chez lui du côté gauche. Il s'en plaint d'autant plus que, lorsqu'il veut lire son journal, cette lecture lui est rendue plus fatigante encore, par l'adjonction d'un nouveau phénomène, placé également sous la dépendance directe de la paralysie de la troisième paire : la *diplopie*, dont j'ai expliqué plus haut la pathogénie en pareil cas. Puis enfin une paralysie par laquelle j'aurais dû commencer, complète ce tableau chez eux, c'est la paralysie de l'*élévateur*, *du releveur de la paupière supérieure*, innervé par la branche supérieure de l'oculo-moteur, et traduit si ostensiblement par la chute de cette paupière, par ce ptosis dont je parlais tout à l'heure, si caractéristique, qu'on peut le regarder comme la marque de fabrique de la syphilis.

L'un de ces malades, comme vous pouvez le voir en comparant les photographies que je fais circuler parmi vous, est actuellement bien mieux. Non seulement la lésion physique, sa paralysie oculaire, est en bonne voie d'amélioration, mais l'iodure de potassium a produit, sur son état mental qui confinait presque à

la démence, à son entrée, de merveilleux effets, et je ne doute pas que d'ici quelque temps, le malade ne soit complètement guéri.

L'état de notre seconde paralysie oculaire syphilitique est autrement grave. La démence ici est complète depuis trois ans; et, symptôme qui implique un pronostic très grave et un processus irrémédiable, il y a ici une *hémi-contracture* siégeant du même côté que la paralysie oculo-motrice. Cette lésion, non seulement implique une évolution désormais fatale, mais elle donne, selon nous, des notions très précises sur le siège de la tumeur cérébrale, cause première de la paralysie de la 3e paire. — En effet, cette contracture est la conséquence forcée, comme cela est admis depuis Bouchard, Charcot, Brissaud, d'une dégénération, d'une sclérose descendante du *faisceau pyramidal* correspondant.

Or, quelle est la signification de cette sclérose descendante, si ce n'est la présence sur un point quelconque du trajet des fibres pyramidales, d'une *tumeur?*

D'autre part, nous avons sous les yeux une paralysie, *une sclérose du moteur oculaire commun*, c'est-à-dire une preuve manifeste également que le cordon de la 3e paire est interrompu, lui aussi, sur un point quelconque de son trajet.

— Comme il y a un point de la base du cerveau où ces deux cordons (moteur oculaire commun et faisceau pyramidal) sont en contact immédiat, il est, selon nous, extrêmement probable que *la tumeur originelle, cause première de la sclérose de ces deux cordons,* se trouve localisée dans ce point. — Ce point précis n'est autre que la *face inférieure du pédoncule cérébral*, là où la 3e paire emerge très rapprochée du faisceau pyramidal. D'après les dernières recherches, quelques fibres seule-

ment, appartenant au *faisceau intellectuel, frontal*, l'en sépareraient (1).

Cette paralysie oculaire, cette blépharoptose est donc très vraisemblablement provoquée chez notre syphilitique par une tumeur, par une gomme ayant son siège à ce niveau (2).

Mais ces deux paralysies oculaires sont surtout intéressantes, par comparaison avec cette autre paralysie que vous voyez maintenant chez ce troisième malade. Chez celui-ci, même aspect, même blépharoptose, que chez les deux premiers. Et cependant, nous n'avons plus affaire comme précédemment à un syphilitique. Son habitus, sa psysionomie béate vous indiquent suffisamment ce qu'il est :*c'est un paralytique général.*

Il y a certainement là une bizarrerie, une rareté clinique, dans cette paralysie oculo-motrice chez un paralytique général.

Et cependant malgré la rareté du cas (c'est le second que nous voyons), que nous ne trouvons signalé nulle part, nous sommes très porté à voir ici, entre la lésion de la paralysie générale et le ptosis, une relation directe, un rapport immédiat de cause à effet.

En effet, faisons tout d'abord remarquer qu'il n'y a pas ici, comme dans les deux cas précédents, une paralysie complète du moteur oculaire commun ; la branche supérieure, celle qui innerve le releveur de la paupière

(1) Brissaud. *Faisceau moteur*, Thès. v. Paris, 1882.

(2) Ces lignes ont été écrites au mois de juin 1887. — Le malade qui fait l'objet de cette observation, et qu'on a pu voir pendant bien des années dans la *salle des déments*, à la Clinique, est mort sept mois plus tard, au mois de décembre dernier.

L'autopsie, qui en a été faite avec soin a confirmé d'une façon absolue notre diagnostic, et la localisation de la tumeur, que nous avions placée à la *face inférieure* du pédoncule cérébral. En effet, de la grosseur d'un œuf de pigeon, elle *n'intéresse que* cette face inférieure, qu'elle semble avoir disséquée sans léser les fibres supérieures, *et ne présente aucune connexion avec les régions avoisinantes*.

Du reste, dans un prochain numéro, nous reviendrons en détail sur

supérieure, est seule intéressée. — En d'autres termes, nous avons dans ce ptosis une paralysie dissociée de la 3e paire, c'est-à-dire une lésion, qui, pour quelques auteurs, a trouvé sa localitation corticale : Landouzy et Grasset seraient en effet très portés à voir dans le *pli courbe* le centre des mouvements de la paupière supérieure (1). D'autres parts, la paralysie générale, bien que se traduisant au point de vue anatomique par une lésion diffuse, peut présenter quelquefois sur certains points, une prédominance des lésions; et c'est à ces *lésions maxima* que se rapportent ces phénomènes morbides, qui ont actuellement une existence clinique reconnue, dans le tableau de la paralysie générale, tels que l'aphasie, sclérose, monoplégie, répondant à la destruction de certains centres corticaux *plus compromis que le reste de l'écorce.*

Quoi d'étonnant alors, que, dans le même ordre d'idées, le centre cortical du releveur, dont l'existence est admise par tous les neurologistes ne puisse être interessé chez les paralytiques généraux au même titre que le centre cortical du langage, que le centre des mouvements des différents membres?

Quoi d'étonnant qu'on puisse alors assister à une paralysie (type Granet-Landouzy), a une blépharoptose, due précisement à une *lésion maxima* d'encéphalite, intéréssant le pli courbe?

Nous ne répugnons pas à le croire, et c'est à une lé-

cette autopsie, intéressante à plusieurs points de vue, avec un dessin des pièces anatomiques à l'appui. — G. Pichon.

(1) Ed. Blanc (in thèse p. Paris, 1886 : le *Nerf oculaire commun et ses paralysies*) dans sa monographie si complète des paralysies de l'oculo-moteur, lorsqu'il traite du ptosis et de sa localisation corticale, ne mentionne pas comme cause la paralysie générale. C'est qu'évidemment, ce syndrome, dans la périencephalite, doit être bien rare. De plus, tout en admettant catégoriquement un centre cortical du releveur, Blanc fait quelques réserves sur sa localisation (type Grasset-Landousy) au pli courbe.

sion de ce genre, que nous attribuons la blépharoptose de notre troisième malade, de notre paralytique général.

Vous voyez donc qu'il était intéressant de rapprocher et de comparer ces trois paralysies oculaires, si dissemblables, et qu'on était tenté de confondre, à un examen superficiel.

Nota. — Nous n'avons fait qu'esquisser ici cette question si intéréssante des paralysies oculo-motrices. Nous reprendrons l'étude de ces paralysies oculaires, avec de nouvelles observations à l'appui, dans un travail ultérieur.

MÉDECINE LÉGALE

Le vol à l'étalage, pathologique, est très rarement commis par des hommes les exemples qu'on en pourrait citer appartiendraient presque tous à la première période de la paralysie générale. Aussi, nous a-t-il paru intéressant de publier le fait suivant, qui, dans les détails, se rapproche des faits observés, d'ordinaire, chez des femmes hystériques.

Nous soussigné, Docteur en médecine de la Faculté de Paris, commis par un jugement de la neuvième Chambre du Tribunal de première instance du département de la Seine, rendu le 25 juin 1887, à l'effet de constater l'état mental du nommé X..., prévenu de vol, après avoir prêté serment, pris connaissance de tous les documents de nature à nous éclairer, visité ledit prévenu, avons consigné dans le présent rapport le résultat de notre examen.

X... est âgé de 37 ans ; sa physionomie est intelli-

gente, sa parole facile, et nous sommes vite mis au courant par lui des incidents d'une existence singulièrement tourmentée. Sa biographie, très intéressante, vaut la peine d'être résumée par nous; cette étude, si sommaire que nous la fassions, nous permettra de mettre en relief les côtés défectueux de l'état mental du prévenu et de donner à des actes sans précédents, leur véritable valeur.

X... est né d'un père vivant encore aujourd'hui, d'une mère morte il y a quelques années d'une affection utérine. Son enfance a été assez difficile; d'une constitution délicate, il était souvent malade, et son développement physique fut tardif. Élevé au lycée de Rochefort, il se prépara à subir les examens d'admission à l'École navale; il dut y renoncer, on le trouvait trop faible pour cette carrière; sa famille le fit entrer au Lycée de Versailles, il y termina ses études, mais il ne put pas se faire recevoir bachelier. Admissible aux épreuves écrites il échoua à l'examen oral, moitié par une timidité exagérée, moitié par défaut de mémoire. Toute sa vie, cette faculté a eu chez lui les plus profondes lacunes.

Il a été soldat, il a fait la campagne de 1870-71 et il a eu la petite vérole pendant le siège; il est rentré à Paris avec l'armée de Versailles, et libéré du service militaire, il est allé en Belgique, retrouva son père alors directeur d'un Théâtre, et devint son secrétaire. Les années qu'il y passa furent pour lui les meilleures; tout répondait à ses goûts, à ses aptitudes; les choses du théâtre lui devinrent familières, et quand son père vînt à Paris pour y occuper le poste de secrétaire de théâtre, il le suivit. Aujourd'hui, l'un de ses regrets les plus vifs, c'est de n'avoir pu lui succéder. Il tenta, en 1876, de faire une tournée avec la troupe du théâtre italien, l'entreprise qui dura une année fut peu fructueuse et lui causa beaucoup de soucis.

En 1877, un peu découragé, il se laissa convaincre par des amis qui lui conseillèrent d'entrer dans le commerce. Il devint employé d'une grande maison de dentelles, et il resta là près de cinq ans ; la maison sombra, il eut alors l'idée de s'entendre avec des fabricants de Saint-Pierre-lez-Calais et se fit commissionnaire.

Un de ses parents le commandita ; il croit qu'il va pouvoir marcher, quand il est pris dans une faillite d'un correspondant à Marseille. Il a besoin immédiatement de 10.000 fr. Il court chez son parent pour les lui demander ; c'était au moment du krach, son parent avait perdu 200.000 fr. et venait de se suicider.

Ce fut pour lui un coup terrible, et la mort de sa mère, survenue dans la même semaine, l'acheva. Il vécut pendant plusieurs jours dans un état d'affolement, d'anéantissement. Son père ne lui vint pas en aide et lui fit même signer un acte de renonciation à la succession.

Il s'était marié en 1870 ; quand la famille de sa femme apprit à la fois sa ruine et l'abandon qu'il avait consenti, elle se tourna tout entière contre lui. Il eut à entendre des récriminations sans fin ; trop accablé pour y répondre, il laissa dire ; des reproches on passa presque aux injures, on lui disait qu'il n'était bon à rien, qu'il était un singulier personnage, on l'humiliait par la comparaison entre la prospérité de la maison de modes de sa femme et sa détresse. La vie lui devint insupportable, et après avoir souffert pendant une année, donnant des leçons de français à des étrangers, il part pour T... où un de ses amis l'appelle et lui procure le moyen de vivre en donnant des leçons de français.

Il travaille beaucoup, gagne un peu d'argent, onze cents francs en cinq mois, et, pris de la nostalgie de Paris, il revint en France. Il paraît qu'à T., il fut plus que singulier : quand il avait quelques heures à lui, il allait s'asseoir sur un banc, en face de la mer, et il pleu-

rait à sanglots. Cette exaltation de la sensibilité lui est restée, tout aussi vive, depuis son retour.

Il rapportait un grand projet longuement étudié, il voulait être à Paris le correspondant des « Impressari » étrangers. L'idée pouvait être bonne, mais il eût fallu pour le produire et le soutenir, plus de tenue qu'il n'en avait dans l'esprit. Il s'occupait d'une foule d'affaires à la fois : dans un état de surexcitation continuelle, il commençait tout et n'achevait rien. Il se mettait en relations avec l'éditeur de l'édition nationale des œuvres de Victor Hugo, il cherchait à lancer une affaire de papiers filigranés, il écrivait pour un journal des comptes rendus de théâtre, il pensait toujours à son projet; et, au milieu de ces entreprises multipliées, et un peu incohérentes, il envoyait, quand il avait tout juste de quoi vivre, cinquante francs par mois à sa femme qui ne les lui demandait pas et qu'il ne voyait pas. « C'était, dit-il, par amour-propre. »

Et, toujours sombre, toujours mélancolique, il avait des accès de désespoir au souvenir de sa situation perdue. De tous ses regrets le plus vif était de n'avoir pas pu rentrer au théâtre de... Il y avait conservé des relations, quelquefois il allait y passer quelques instants. Il en sortait si ému, si troublé, qu'il prit le parti de n'y plus retourner.

D'autre part, le surmenage qu'il subissait altérait sa santé ; ilavait de longues insomnies, le matin il se levait, fatigué, avec des douleurs lombaires violentes. On pensa qu'il était atteint de myélite; rien ne confirma cette opinion. Mais ce qui est certain, c'est que X., déjà prédisposé aux troubles du système nerveux, ayant, du côté paternel, deux oncles aliénés, se trouvait par le fait des conditions morales dans lesquelles il vivait, exposé, au premier jour, à des manifestations morbides d'un caractère inquiétant.

Névropathe, il avait déjà la mobilité des sentiments et des idées : un succès entrevu le mettait hors de lui; il n'y avait plus de difficultés, plus d'obstacles, pour quelques heures l'avenir lui appartenait. Puis, passant sans transition d'une confiance aveugle en soi au découragement le plus complet, il s'abandonnait sans motif sérieux à un désespoir profond. Il était pris, comme à T., de crises de larmes, comme en ont certaines hystériques.

C'est, au plein de ce désarroi intellectuel et moral, que se sont produits les faits incriminés.

X. avait reçu de ses amis de T., la demande de prospectus et de prix courants de grands magasins, tels que le Louvre, le Bon-Marché, etc. Il était sur l'impériale d'un omnibus qui passait devant les magasins du Bon-Marché, l'idée lui vint de faire la commission dont il était chargé ; il descendit de l'omnibus et entra.

Là, au milieu de cette profusion d'objets divers, il fut ébloui. Il éprouva une sensation étrange, analogue à celle que lui procure la musique ; un irrésistible besoin de toucher ces étoffes soyeuses s'empara de lui ; un amas de gants en soie était devant lui, il y plongea la main avec une indicible volupté et, au hasard, il en saisit deux paires.

Il alla plus loin; des coupons de rubans, étaient à sa portée, il s'arrêta, comme fasciné par les couleurs chatoyantes, il avança la main, il prit un bout de ruban de 60 centimètres environ, et comme un homme qui vient de satisfaire un appétit, il s'éloigna.

Rien n'est plus intéressant que d'écouter le récit qu'il fait de cette aventure. A mesure qu'il parle, il s'anime, reproduit la scène avec un tel entrain, une telle verve, qu'il est aisé de voir que la conscience de sa situation présente a, pour un moment, complètement disparu. Il voit ce qu'il raconte, il objective ses souvenirs avec une telle puissance, qu'il fait revivre les sensations

éprouvées et qu'il peut nous dire avec un accent de sincérité qui nous frappe : « Quelqu'un aurait voulu m'empêcher de prendre ces objets, je l'aurais repoussé; je les aurais pris quand même, j'aurais pris tout le Bon-Marché pendant que j'y étais. Tout me semblait magnifique, tout m'attirait, j'étais plein d'une joie immense, je ne sais pas ce que cela a duré, mais, quand j'ai remis la main dans ma poche, je me suis dit : « Qu'ai-je fait? » je me suis sauvé aux cabinets, l'idée de payer ne m'est pas venue, pas plus que celle de jeter les objets que j'avais pris. Quand on m'a arrêté, j'ai été complètement « abruti », je n'ai plus su que dire. »

X. n'a pas d'explication à donner. — C'est à nous qu'il appartient de ramener un acte tout impulsif à ses proportions vraies et de montrer le dessous pathologique qui l'a préparé, rendu possible.

Il existe, en pathologie mentale, une classe très nombreuse d'individus qui ne sont pas des aliénés, au sens absolu du mot, qui n'ont pas de délire, et dont le caractère, dont les sentiments, les idées même, sont d'une mobilité, d'une bizarrerie excessives. — Si on les étudie d'un peu près, on les trouve parfois très intelligents, mais sans jugement, sans raison. Ils ont des enthousiasmes que rien ne justifie et que le découragement suit de près : ils se lancent, tête baissée, dans les aventures, ils sont les seuls à s'étonner de leurs revers. Ils entreprennent tout, ils touchent quelquefois à la fortune, ils sont incapables de la fixer. Ils manquent d'équilibre, et leur vie n'est qu'une longue suite de contradictions. Ils sont nés avec une tare, et l'hérédité morbide s'accuse chez eux, à la fois par le désarroi intellectuel et moral et par des troubles divers du système nerveux. X. est du nombre de ceux chez lesquels le tempérament nerveux prédomine et explique les exagérations de la sensibilité touchant au féminisme. Les pleurs

faciles, une émotivité entrant en jeu à propos d'une sensation trop vivement perçue, un état d'éréthisme consécutif, tels sont les faits pathologiques qu'on observe, d'ordinaire, chez ces individus, qui ont avec les hystériques tant de points de ressemblance. Qu'il s'y ajoute, dans des conditions déterminées, une oblitération passagère de l'intelligence, aussitôt les instincts prédominent, les appétits s'éveillent, il suffit d'une sollicitation même de moyenne intensité, que l'occasion aura fait naître, pour que des actes inconscients, ayant le caractère des actes impulsifs, se produisent. A ce moment, il n'y a ni délibération ni résistance possibles.

Dans ces conditions, quelle pourrait être la responsabilité d'un malade obéissant à un entraînement qu'il ne peut reprimer ? Notre avis est qu'elle est nulle.

X., avec les imperfections de son organisation cérébrale, avec les prédispositions héréditaires qui pèsent sur lui, doit être considéré comme atteint d'une véritable infirmité intellectuelle et morale ; à ce titre, il est digne d'indulgence et de pitié.

Le Tribunal accepta ces conclusions et X... fut renvoyé des fins de la plainte.

A. Motet.

ASILE DE DIJON

UN CAS DE FOLIE IMPULSIVE

Par le Dr J. DUMAZ

Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin directeur

Le 22 mai 1887, entrait à l'asile public des aliénés de Dijon, François B....., maçon, âgé de 23 ans, en vertu d'un arrêté préfectoral.

— Pourquoi vous a-t-on conduit ici ? demandai-je au malade.

— Parce que, répondit-il, le sourire aux lèvres, j'ai voulu tuer mon oncle et mon cousin.

— Pour quel motif?

— Aucun. Ce sont des idées qui me viennent comme cela de tuer quelqu'un, et je ne peux pas m'en défendre.

— Vous aviez eu une querelle avec votre oncle?

— Non.

— Vous rappelez-vous comment les choses se sont passées?

— Très bien.

— Dans ce cas, faites-moi le récit par écrit de tout ce qui est arrivé, et racontez-moi toute votre existence avant cette affaire-là.

Après quelques jours François B..... me remit son autobiographie. Voici un résumé des faits peu importants :

François B..... reconnait qu'il est d'un caractère très prompt comme sa mère, qu'il perdit tout jeune, et d'une intelligence mal douée. Il n'avait pas de facilité pour apprendre à l'école, où il est resté jusqu'à l'âge de 13 ans.

A 6 ans, il s'est blessé accidentellement l'œil droit avec un couteau (aujourd'hui on constate sur cet organe une ancienne perforation de la cornée avec adhérence de l'iris, déformation pupillaire, diminution de l'acuité visuelle au-dessous d'un dixième).

Au sortir de l'école il fut placé chez un relieur; mais au bout de deux ans sa belle-mère tomba malade, et son père, trouvant qu'il ne gagnait rien chez ce patron le plaça aide-maçon. Quinze jours après le début dans ce nouveau métier il tomba de la hauteur d'un troisième étage, avec l'échaffaudage de pierres et d'autres ouvriers. Il en fut quitte pour une lésion à la cheville du pied gauche et un mois de repos.

Cette chute ne fut pas la seule qu'il fit. A 17 ans, il tomba de la hauteur d'un second, seul cette fois. Cet accident dépendait-il d'une imprudence ou d'un vertige épileptiqne? je ne sais. Voici comment il le raconte : « Nous faisions d'autres ouvriers et moi, un pignon, et nous n'avions pas moins de 40 centimètres en contre bas du plancher et pas d'échafaudage en dehors du bâtiment. Comme j'avais peur que les autres ouvriers me surpassent dans mon travail, je me dépêchais; j'avais un pied sur le plancher, l'autre sur le mur; en passant un corps de cheminée je me suis peut-être trop penché et je suis tombé dans la rue. Cette chute me disloqua tout le corps. »

Le souvenir assez exact qu'il a conservé des détails de cet accident, l'aveu de n'avoir point éprouvé de vertige font écarter l'hypothèse de l'épilepsie, ou tout au moins la rendent moins probable.

Il resta chez son père pendant un mois assez malade. Une

fois rétabli, il travailla avec son père maçon comme lui; mais ils ne s'accordaient pas ensemble. Le fils aimait peu le père, parce qu'il se rappelait qu'enfant il avait été battu sans motif par son père en état d'ivresse.

En 1883, il travaillait dans un village de la Côte-d'Or et se lia avec un ouvrier suisse. Un dimanche il alla au café et but avec ses camarades. En sortant du café il avait 47 francs dans sa poche et fit deux ou trois kilomètres de chemin en compagnie de l'ouvrier suisse; puis il tomba sur la route où son compagnon le laissa. Il y passa la nuit. Au point du jour il revint chez son père et lui raconta la chose et la perte de son argent. Il attribue cette chute à l'abus de la boisson et ne pense pas qu'il ait éprouvé une attaque d'épilepsie. La longueur du temps pendant lequel il resta sur le chemin et le vol de son argent par son compagnon sont favorables à cette hypothèse de l'ivresse.

Il travailla une seconde fois avec son père, tous deux pour le compte du même patron; mais ils ne s'accordaient toujours pas. Un jour son père lui dit : « Si tu ne veux pas faire autrement, il faut t'en aller. » Immédiatement le fils s'emporta et vint faire régler son compte par la femme du patron; celle-ci lui remit 20 fr. au lieu de 8 qu'elle lui devait, parce qu'elle n'avait pas de monnaie. François B..... sous l'influence de la colère garda le surplus tout en reconnaissant en lui-même que ce qu'il faisait n'était pas bien. Pris de découragement pour son métier, puisqu'on lui adressait des reproches pour sa manière de travailler, il songea à s'engager comme militaire, mais son infirmité de l'œil droit le fit refuser.

Il reprit son travail et sa truelle, mais au bout d'un mois, trouvant qu'il ne gagnait pas assez, il alla à Paris à pied.

Là il eut recours au refuge de nuit, distribua des prospectus pour vivre, entra comme palefrenier à la Compagnie des omnibus; mais peu habitué au pansage des chevaux il se découragea et quitta Paris. Revenu dans l'Yonne il reprit son métier de maçon à Champlost, de mai à juillet. Tout à coup une idée lui passa par la tête, se fit régler son compte et alla à Ancy-le-Franc; un mois après il revint chez son père, puis il partit du côté de Lyon, enfin il revint en novembre à Champlost.

Les années 84 et 85 se passèrent ainsi pour lui en séjours peu prolongés en Côte-d'Or, Saone-et-Loire, Ain. C'est à cette époque qu'il eut une affection vénérienne contractée avec des filles publiques. Le fourreau de la verge porte encore la trace d'un chancre. Il ne se rappelle pas avoir eu de plaques muqueuses à la gorge, ni d'éruption cutanée.

En 1886, pendant l'hiver, il fit connaissance avec la famille de sa mère, deux sœurs à elle, mariées, l'une à M. Ba..... l'autre à M. Bri..... Sa tante Ba.... a deux filles, l'une de 17, l'autre

de 13; sa tante Bri..... a un garçon et une petite fille de onze ans. Tout ce monde vit dans le même village, il y vint travailler et des rapports intimes s'établirent entre François B..... et sa cousine de 17 ans, Léonie Ba.....

Ici je laisse la parole au malade :

« Je me plaisais bien dans cet endroit. Je travaillais toute la « journée avec mon oncle Ba..... et tous les soirs après souper « j'allais passer la veillée chez lui. Ma cousine Léonie et moi « nous nous aimions bien.

« Un jour, le 22 décembre 86, mon patron me dit : « Mon « garçon, si vous faites du travail de cette manière-là vous en « aurez bien pour votre campagne. » — Aussitôt je dis à mon « oncle : « Puisque le patron trouve que je ne fais pas assez « de travail, je n'en ferai plus.» Et je me suis emporté. C'est le « tort que j'ai eu; ma promptitude et mon manque de réflexion « m'ont toujours perdu. En effet le travail que je faisais n'était « pas celui auquel j'étais habitué; je le soignais plus qu'il n'était « nécessaire. Si je ne m'étais pas emporté sur cette simple ob- « servation, je serais resté avec mes parents et ma fiancée et « j'aurais été heureux.

« Le lendemain 23, pensant à l'hiver qui arrivait et aux souf- « frances endurées pendant l'hiver précédent, je me disais : « Tu as fait une grande bêtise, tu n'aurais pas dû tefâcher, te « voilà, par ta faute, dans les mêmes conditions de froid et de « faim que l'année dernière. » Je regrettais bien de m'être em- « porté pour si peu, puis je pensais qu'il me fallait quitter mes « parents chez qui j'étais heureux, et ma cousine que j'aimais « tant, cela me monta à la tête, le chagrin me prit et je ne pus « le surmonter. J'avais 60 francs, j'allai à Vitteau acheter une « paire de boucles d'oreilles en or pour ma cousine, que je lui « donnai le soir même, puis j'écrivis une lettre d'adieu à mes « parents et le lendemain 24 je partis à Semur pour prendre le « train de Dijon. Dominé par ce grand chagrin d'avoir fait cette « bêtise de m'être emporté contre mon patron, désespéré de « quitter celle que j'aimais, je voulais me détruire et j'en étais « malade d'avance.

« A Dijon j'achetai un revolver à 6 coups et une boîte de « cartouches et je m'en retournai chez mon oncle Ba..... auprès « de ma fiancée. J'arrivai à 4 heures du soir, j'entrai dans ma « chambre, je m'assis sur mon lit et je déboutonnai mon gilet « et ma chemise, et je mis le canon du revolver chargé et armé « au-dessus du sein gauche. J'avais encore bien peur de le faire « partir, je tremblais d'avance. Mais voilà que la femme de « ménage arriva pour faire les lits des ouvriers, de suite je « pressai la détente et le coup partit. Je tombai en arrière sur « mon lit, la femme de ménage courut prévenir ma tante criant :

« Voilà votre neveu qui vient de se tirer un coup de revolver. »
« Ma tante et ma cousine Léonie arrivent, me déshabillent et
« me couchent dans mon lit. Elles étaient malades de voir
« une chose pareille. Je fus pendant quatre heures au moins à
« crier, tellement je souffrais. Mon oncle alla chercher le méde-
« cin qui vint et indiqua comment il fallait me soigner. »

Le malade a une blessure à trois centimètres au-dessus du sein gauche. L'arme étant tenue de la main droite, la direction du coup a probablement été un peu oblique, la balle n'a peut-être pas suivi un trajet rectiligne, il est possible qu'elle ait glissé le long de la paroi thoracique, car on sent sous la peau, un peu profondément, près de la colonne vertébrale, à gauche, dans une direction correspondant à l'orifice d'entrée de la balle, une saillie de la grosseur d'un noyau de cerise, douloureuse à une forte pression, qui pourrait bien être le projectile lui-même.

Cette blessure occasionna de grandes souffrances, pendant deux semaines, et des accidents qui seront rapportés plus loin dans une lettre de sa tante qui l'a soignée. Grâce aux soins dévoués de cette tante Ba... et de sa fille Léonie que François B... aime tant, le malade fut complètement rétabli au bout d'un mois et demi. Si bien qu'il demanda sa cousine Léonie en mariage à la mère qui ne dit pas non, le grondant de son acte de désespoir mais lui recommandant de bien travailler et de bien se conduire pour gagner l'estime de son oncle et obtenir son consentement.

En février, son autre oncle M. Bri...... l'invita à venir passer le restant de l'hiver chez lui pour ne pas le laisser plus longtemps à charge à son beau-frère et à sa belle-sœur Ba....

Ici je rends la parole au malade.

« Une quinzaine s'écoule et un dimanche ma tante Ba.....
« et sa fille Léonie vinrent me voir chez mon oncle Bri.....
« Cela me fit grand plaisir mais pas du tout à mon oncle

« Bri..... Voici pourquoi. Ils n'étaient pas très bien ensemble, « et quand il sut que j'aimais ma cousine pour tout de bon, il « me dit : « François, cette fille ne te convient pas, ce n'est pas « la femme qu'il te faut, je t'en préviens, parce que c'est toi ; je « ne dirais pas cela à un étranger qui me serait indifférent. « Léonie n'a pas de santé ; et ce serait un malheur pour toi de « l'épouser. » Cette observation m'embarrassa beaucoup, je « restai tout interdit. Puis je réfléchis que la chose n'était peut- « être pas exacte et que mon oncle Bri ne m'avait dit cela que « parce qu'il n'aimait pas son beau-frère Ba..... le père de « Léonie, et je continuai à aller voir ma cousine le soir, deux « ou trois fois par semaine, au grand dépit de mon oncle Bri.... « qui chaque fois que je revenais de chez ma fiancée me disait : « Cette maison de Léonie c'est ton tombeau, tu ne veux pas « m'écouter, tu t'en repentiras. »

« Enfin je quittai mon oncle Bri.... et je vins à Dijon pour « chercher de l'ouvrage ; je restai sans travail pendant huit « jours, ensuite je fus embauché à Plombière-lez-Dijon. Mais « au bout d'une semaine je ne me sentais pas assez fort pour « continuer je demandai mon compte au patron, et je revins « chez mon oncle Bri..... où je restai cinq ou six jours pour « me reposer. Ensuite j'allai chez ma tante Ba..... voir ma « cousine et leur dis : « Je crois bien qu'il ne faut plus compter « sur moi, je crache du sang depuis quelques jours, je dois être « atteint de la poitrine. » Ma tante me répondit que je m'exa- « gérais les choses et que si je crachais du sang c'est parce que « la balle que j'ai dans la poitrine voulait sortir. J'avais mal à « la tête, point d'appétit. Vers 8 heures du soir Léonie rentra « de son travail. On se mit à souper, je ne mangeai rien. Puis « tout à coup, vers 9 heures, il me vint l'idée de partir subite- « ment sans en rien dire à personne. Je partis et comme je « n'avais plus d'argent je fis la route à pied de chez ma tante « à Plombières. Mais comme il faisait froid, c'était en mars, et « que je n'étais pas très bien portant, le froid me saisit et je « tombai sur la route, j'y ai passé la nuit. Le lendemain au « jour j'ai voulu me lever, je suis retombé par terre, j'avais les « jambes gelées jusqu'aux genoux. Enfin à force de me traîner « d'un côté et d'autre, le sang se remit en mouvement et je pus « continuer ma route. Arrivé à Vitteau, j'entrai chez un mar- « chand de vin pour boire la goutte. Après avoir avalé un petit « verre l'idée me vint d'envoyer une lettre d'adieu à ma tante « Ba..... et à sa fille Léonie. J'étais ennuyé au point de ne « pas savoir où j'en étais, j'étais tout égaré et sans appétit. « J'écrivis en effet dans cette auberge une lettre d'adieu à ma « bonne tante et à celle que j'avais espéré épouser un jour ; je « leur donnais tout ce que je possédais, soit 85 francs qui de-

« vaient me revenir de la vente d'un champ ayant appartenu à « ma mère. Je portai cette lettre à la boîte, mais je ne me sen- « tais plus un homme, je ne savais plus où tourner la tête, je « crois que si j'avais eu mon revolver je me serais tiré une « seconde fois dessus.

« Arrivé à Plombières-lez-Dijon, chez mon patron où j'avais « travaillé huit jours auparavant, je pris mes habits et je par- « tis à Labergement-lez-Seurre. Pendant ce trajet, je me sen- « tais mal portant, sans force et sans appétit.

« A Labergement-lez-Seurre je m'assis au bord de la route, un « ouvrier maçon qui passait m'embaucha.

« Au bout d'une semaine de travail, mes forces ne revenant « pas, je racontai au patron l'accident de ma tentative de suicide. « Alors il me mit à un travail moins pénible. Quelques jours « après j'envoyai de mes nouvelles à ma tante et à ma cousine « Ba..... Celle-ci me répondit par des lettres d'amour qui me « troublaient la vue sur mon ouvrage. Je n'avais plus de goût « pour travailler; si bien que je lui fis savoir que le 25 mai, je « passerais chez elle pour aller à Paris, pour faire un autre « métier, bien décidé à quitter le mien, où je ne gagnais pas « assez d'argent et où je ne pouvais pas devenir plus habile, « n'ayant pas l'aptitude pour cela.

« Elle m'écrivit : « Tu as déjà été à Paris, tu n'y a pas été « heureux; puisque tu es bien chez ton patron, reste avec lui, « au moins tu ne seras pas loin de moi, tu pourras venir me « voir plus facilement. » Moi je ne fis pas attention à tout cela, « et un samedi soir je dis à mon patron : « Donnez-moi 15 francs « pour aller à Dijon, je reviendrai lundi. » Le patron me remet « 15 francs et le dimanche matin je prends le train à Seurre « pour Dijon, avec mon revolver, et pendant tout ce temps-là je « ne savais pas où j'en étais. Arrivé à Dijon je vais acheter une « boîte de cartouches chez un armurier. J'entrai brusquement « dans la boutique en lui montrant mon arme. Je ne sais si « l'armurier a remarqué quelque chose de peu naturel en moi, « il me remit une boîte que je payai 2 fr. sans l'examiner. Et « j'allai prendre le train de Semur. A Semur je suivis le chemin « à travers bois qui conduit chez mon oncle Ba.....

« Pendant le trajet en chemin de fer j'avais déjà eu l'idée de « me tuer avec mon revolver. En traversant le bois, l'idée me « revint de charger mon arme. De suite je pris la boîte de car « touches, mais je fus tout surpris en voyant que les cartouches « n'étaient pas du calibre voulu. Et aussitôt je jettai tout « dans le bois, et me remis en marche : mais je me sentais « malade, mille idées me traversaient la tête, mon esprit était « comme une girouette tournant dans tous les sens. Ainsi, en « sortant de la gare de Semur après avoir eu l'idée de me tuer

« dans le wagon, j'eus envie de voir ma cousine Léonie, puis « de partir après je ne sais où. Puis en traversant le premier « village j'eus l'idée de tirer les 6 coups de mon revolver dans « une église, puis dans le bois je chargeai mon arme sans « savoir pourquoi. J'agissais sous l'influence de ce défaut de « nature que je sens en moi, qui tantôt me fait me décourager « et me sentir si malheureux de ne pas pouvoir gagner ma vie « aussi bien que mes camarades, à cause de mon peu d'apti« tude pour mon métier, tantôt me fait emporter au moindre « reproche et me conduire sans réflexion.

« En arrivant chez mon oncle Ba.... j'aperçus ma cousine « Léonie et sa mère qui travaillaient. Elles furent bien surprises « de me voir, je leur avais écrit que je passerais le 25 mai et nous « étions au 15 seulement. Nous causâmes de choses et d'autres « et je soupai le soir avec elle. Ma tante me demanda si je « voulais coucher chez elle, je refusai parce que je savais que « mon oncle ne m'estimait plus depuis ma tentative de suicide. « Craignant une explication avec lui, je m'en allai chez mon « autre oncle Bri.... qui habitait tout près. Je frappai à sa porte, « il m'ouvrit très surpris de me voir. Je lui expliquai qu'allant « à Paris, j'avais voulu leur dire adieu avant de quitter le « pays. Mais tout en répondant ainsi, je ne me sentais pas « bien, je ne savais pas où j'en étais. Comme sa fillette, âgée « de 11 ans était souffrante, mon oncle me fit observer qu'il « n'avait pas de lit à me donner. Je me contentai d'une place « dans l'écurie.

« Le lendemain, il n'y avait à la maison que ma tante Bri... « et ma petite cousine, mon oncle était allé à la foire. Ma « tante me fit déjeuner, puis je lui dis : « Ma tante, embrassez« moi », et je me mis à pleurer à chaudes larmes en la quittant. « Je retournai chez mon oncle Ba... je le trouvai en train de « travailler, et lui demandai si le travail allait. Après avoir « échangé quelques paroles à ce sujet, j'allai dans la maison « voir ma tante. Je passai la journée avec elle et nous soupâ« mes le soir avec ma cousine. Puis, mon oncle rentra et me « dit d'un air sec : « Eh bien, François, tu ne t'en vas pas « aujourd'hui ? » Ce ton ne me surprit pas, parce que je savais « qu'il ne m'aimait plus depuis ma tentative de suicide. Je lui « répondis : « Mais si, mon oncle, je vais partir tout de suite ». « Et tout à coup, une idée affreuse me vint à l'esprit et je dis « devant lui : « Je vais aller chercher ce qu'il me faut au vil« lage, parce qu'il faut qu'il y en ait un qui y saute ». Mon « oncle répliqua : « Tu sais, fais bien attention à ce que tu « feras ». Et il partit souper chez son patron. Ma tante, m'en« tendant parler de la sorte, eut peur de me voir faire un « mauvais coup, ou bien dans la crainte d'un suicide et me

« voyant hors de moi, elle me suivit sur la route en pleurant, « et me demandant ce que j'allais faire. Les pleurs de ma tante « me rendaient encore plus agité, je me sentais malade et je « ne comprenais rien, je répondais : « Je veux tuer mon cousin « et mon oncle Bri..... » Elle se jeta à mon cou en s'écriant : « Oh ! mon cher enfant, au nom de ta mère, ne le fais pas, tu « me ferais mourir ». Moi j'étais comme un homme fou, mon « sang bouillait dans mes veines. Heureusement qu'à ce « moment-là je n'étais pas armé, car j'aurais tué le premier « venu sur la route si j'avais eu seulement un couteau. Ma « tante me demanda si j'avais mon revolver, parce qu'elle « entendait le bruit de quelques sous dans ma poche, je lui « répondis que je l'avais apporté, mais que je l'avais jeté parce « qu'on m'avait vendu de mauvaises cartouches. Ma cousine « Léonie était aussi là près de nous sur la route, sa mère lui « dit de s'approcher, elle obéit en demandant ce que j'avais. « — « Rien », répliqua sa mère. Alors je priai ma cousine et « ma tante de me donner le bras et de m'accompagner jusque « chez mon oncle Bri..... Elles m'accompagnèrent et moi je « leur expliquai que je voudrais mourir. Tout mon corps fris- « sonnait, j'étais dans un état terrible, comme fou. Arrivé près « de chez mon oncle Bri...., je dis à ma tante Ba... en l'embras- « sant et en pleurant : « Allez-vous-en, c'est assez loin comme « cela, mais, voyez-vous, il n'y en a pas deux sur terre que je « vais regretter, il n'y en a qu'une ; c'est celle-là ». Et je montrai « sa fille, ma cousine Léonie. Toutes deux pleuraient, et j'a- « joutai en m'adressant à Léonie : « Embrasse-moi pour la « dernière fois. » Nous nous sommes embrassés, et je les ai quit- « tées. Pendant tout ce temps-là, je ne savais pas où j'en étais, « j'étais tout troublé, ma tête n'était plus à moi, je me mis à « chanter quelques phrases tristes comme celle-ci : « Sur mon « tombeau, dépose ta couronne, ta pauvre mère, enfant, te « voit mourir ». Je chantais cela de toutes mes forces, tout en « pleurant. Arrivé chez mon oncle Bri...., j'entrai dans sa « grange et je me couchai sur la paille. Je me sentais un peu « moins agité. Après une demi-heure environ, mon oncle Bri.... « vint vers moi et me dit : « Tiens, te voilà, François ». — « Oui », répondis-je. — « Eh bien, viens chez nous ». — Je le « suivis, et je vis à côté de la porte de la grange quatre ou cinq « hommes du pays chargés de me surveiller. J'ai passé la nuit « chez mon oncle, ma tante ma donné son lit et mon oncle est « parti.

« Le lendemain matin, je ne me sentais plus le même, je me « rappelai tout ce qui s'était passé la veille, je me serais bien « ôté la vie, de honte. C'est alors que je me suis rappelé que « la veille au soir, en entrant dans la grange de mon oncle

« Bri...., j'avais eu l'idée de mettre le feu à la maison et que je « ne l'avais pas fait, faute d'allumettes. Je l'avouai à ma tante « en lui disant : « Ma chère tante, avec tout mon malheur, je « suis encore bien heureux de n'avoir point fait de mal, car, « lorsque je suis dans ces moments-là, je ne peux pas répondre « de moi ».

« Le lendemain mardi, les gendarmes sont venus faire une « enquête sur moi. Je leur ai tout raconté, comme je viens de « vous l'écrire, puis ils m'ont confié aux gardes champêtres. « Je me trouve si malheureux d'être comme je suis, leur disais- « je, que si j'avais mon revolver je vous réponds que je ne « me manquerais pas. — Ne pensez donc pas à cela, me dirent- « ils. — Cela vous est bien facile à dire, messieurs ; mais « quand je pense qu'à mon âge, je pourrais vivre heureux et « que je suis condamné à ne pas pouvoir être maître de moi « à certains moments, je trouve ma position affreuse.

« Au moment de partir, je leur demandai la permission « d'aller embrasser ma cousine et ma tante Ba...., ce qu'ils me « permirent ; puis nous sommes allés chez un médecin. Je lui « ai de nouveau tout raconté. On m'a alors emmené à l'hô- « pital où je suis resté pendant quatre ou cinq jours, et de là « on m'a conduit ici à l'asile de Dijon.

Mon premier soin a été de contrôler le récit du malade :

1° Par le certificat médical délivré pour l'admission à l'asile et, comme toujours, on ne sait pourquoi, retenu dans les bureaux de la préfecture ;

2° Par l'enquête faite par la gendarmerie ;

3° Par les lettres des parents de François B... répondant à mes questions posées à son sujet.

Le certificat du docteur, basé sur les dires du malade et les renseignements fournis par les gardes champêtres qui l'avaient conduit, conclut à l'existence d'une monomanie homicide et à la nécessité de l'internement de François B...

Les gendarmes ont interrogé l'oncle du malade, M. Bri..., qui leur a déclaré qu'il avait été informé par deux personnes, envoyées chez lui par sa belle-sœur madame Ba... que son neveu François B... voulait venir le tuer ; qu'aussitôt il a averti le garde champêtre

et quelques voisins, il est allé dans sa grange, où on lui avait dit que son neveu était, et qu'en effet il l'a trouvé là, couché sur la paille, qu'alors il l'a emmené chez lui, et l'a fait garder pendant toute la nuit parce qu'il savait que son neveu avait l'esprit dérangé.

Les lettres des tantes de François B... complètent le récit des événements fait par lui dans son autobiographie.

Madame Ba... s'exprime ainsi :

« Quand nous avons demandé à mon neveu pourquoi il « s'était tiré un coup de revolver, il nous a répondu qu'il était « las de la vie et qu'il y avait longtemps qu'il avait ces idées-« là : depuis son enfance.

« Le soir où nous l'avons accompagné chez son oncle Bri..., « il nous disait qu'il fallait qu'il se débarrasse de deux per-« sonnes, son oncle et son cousin, et qu'il fallait absolument « qu'ils y passent. Comme nous lui disions de ne pas faire « cela, il répondait que c'était plus fort que lui et qu'il ne « pouvait pas s'en empêcher. — Je ne peux pas dire si je le « ferai ou non, disait-il, mais c'est plus que probable que je le « ferai. En disant cela il avait l'air furieux, il était très agité, « il parlait beaucoup et répétait toujours la même chose. Il ne « répondait pas très bien à nos questions la veille et l'avant-« veille de ce jour-là ; il avait l'air triste, même bien triste, « silencieux, préoccupé ; il lui arrivait même de pleurer. Il « disait par moment : « Ma tante, je vois bien que ce n'est « pas bien, et je ne puis pas m'en empêcher, c'est plus fort que « moi. » — « Et pourquoi es-tu si triste, toi si gai d'habitude ? » — Il « nous répondait qu'il était malade et il n'a pas voulu dire « quelle maladie. Comme on le pressait de dire son mal, il a « répondu que son mal était dans la tête. Ce n'était pas la pre-« mière fois que nous l'avions vu si triste ; il l'avait été le jour « de Pâques (voir dans le récit de François B...., le jour où il « a dit à sa tante qu'il était atteint de la poitrine), mais il ne « nous avait pas avoué qu'il avait cette idée de faire du mal et « nous étions bien loin de penser ces choses-là.

« Pour la menace de tuer son oncle Bri...., elle peut parfai-« tement s'expliquer, premièrement en lui défendant de venir « chez nous (au moment où François B... habitait chez son on-« cle Bri...) et lui y venait quand même malgré cette défense ; « ensuite il a eu une forte discussion avec son oncle Bri..., la « veille du jour où il voulait le tuer, le dimanche matin, dis-« cussion pour des arrangements de famille ; et aussi le samedi

« soir lorsqu'il est arrivé chez oncle Bri..., celui-ci l'a fait cou-
« cher dans la grange, cela l'avait beaucoup contrarié.

« François B... est très prompt, mais n'a point mauvais
« caractère, il a même très bon cœur. »

L'autre tante de François B..., Mme Bri...., s'exprime ainsi:

« Au mois de novembre dernier, mon neveu François B...
« nous avait écrit pour lui trouver une place ; nous lui en
« avons trouvé une dans une ferme, il n'y est resté que deux
« jours. Ma sœur l'a placé alors dans une tuilerie avec son
« mari, il n'a pu s'y tenir non plus. Le patron lui avait fait
« une réprimande. Comme il a un malheureux caractère qui
« ne supporte pas les observations, il s'est sauvé, en disant que
« là où il allait il n'aurait besoin de rien, et il n'a pas voulu
« emporter ses effets. C'est alors que nous nous sommes aperçu
« qu'il n'avait pas la tête bien solide, parce qu'il est parti et
« est allé se mettre sur la voie du chemin de fer pour attendre
« le passage du train ; mais il n'a pas eu la patience d'attendre,
« il est revenu à Dijon acheter un revolver, puis il est revenu
« chez nous, où il s'est tiré un coup de pistolet.

« Une fois guéri, il est parti pour travailler. Il nous écrivit
« qu'il était bien placé, chez un bon patron, et le soir même il
« arrivait. C'est alors qu'il a manifesté l'intention de tuer son
« oncle et son cousin. Nous l'avons fait arrêter. Il a tout avoué,
« il a même dit qu'il avait toujours eu depuis son enfance de
« mauvaises idées dans la tête, qu'il les avait toujours repous-
« sées, mais maintenant qu'il ne répondait pas qu'il ne les
« exécuterait pas.

« Le soir où il voulait tuer son oncle et son cousin, nous
« avons été prévenus de cela par ma sœur, Mme B... qui nous
« avait envoyé deux hommes nous dire qu'il devait être autour
« de chez nous, dans cette intention. En effet, nous l'avons
« trouvé couché dans la grange, mais il était calme. Nous
« l'avons emmené chez nous; il a été très calme tout le reste
« de la nuit ; ce n'est que le lendemain qu'il a avoué avoir
« eu l'idée de mettre le feu.

Tous ces renseignements ne laissent aucun doute sur le caractère maladif de la mentalité de François B.... C'est un impulsif, non un criminel.

Ce n'est pas non plus un alcoolique.

Est-ce un épileptique ?

Je n'ai pu arriver à une certitude absolue à cet égard.

Voici les raisons pour et contre.

Raisons contre. — Le malade ne se rappelle pas avoir

jamais uriné au lit, ni eu d'attaques de nerfs. Depuis huit mois de séjour à l'asile, pas le moindre vertige.

Dans les deux chutes qu'il a faites en construisant une maison, nous avons vu les motifs qui font rejeter cette hypothèse.

Sa chute près de Plombières pendant la nuit, peut être attribuée à son état maladif concomitant de sa disposition hypocondriaque avec impulsion au suicide.

Sa tante Ba... m'a écrit : « Il a eu de fortes crises de « nerfs cet hiver pendant sa maladie consécutive à sa « tentative de suicide, on croyait même qu'il allait y « rester; il ne parlait plus, il avait les yeux égarés, il ne « nous connaissait plus, il se débattait tant qu'il fallait « qu'on le tienne. »

Sa tante Bri... s'exprime ainsi à ce sujet : « Après « s'être tiré un coup de revolver, il a eu de très grandes « crises de nerfs, nous l'avons veillé, une fois entre au- « tres, que nous croyions que c'était sa dernière nuit : « ses jambes, ses bras marchaient sans s'arrêter; il « avait les yeux tournés, la figure d'un mort, et quand « c'était passé , il se levait, se débarbouillait, on n'au- « rait pas dit que c'était lui qui venait d'avoir une crise « semblable. Il nous a dit ensuite qu'il entendait très « bien tout ce que nous disions. Il a encore eu d'autres « attaques, mais moins fortes, toujours sans pouvoir « parler. »

Le docteur qui l'a soigné pour son coup de revolver ne croit pas que ces attaques étaient épileptiques : « La bles- « sure a été suivie de pneumonie traumatique avec une « forte fièvre, qui redoublait toutes les nuits et était ac- « compagnée de délire et de violente agitation. Ces accès se « calmaient vers le jour, et le malade reprenait sa con- « naissance et restait calme jusqu'au soir, où un nouvel « accès se déclarait. Ces accès se sont renouvelés à des « degrés divers d'intensité, pendant une quinzaine de

« jours, jusqu'à la guérison de la pneumonie et de la « blessure qui l'avait occasionnée. J'ai interrogé les « membres de la famille sur les moindres détails des « faits qu'ils avaient pu observer chez ce jeune homme, « ils m'ont déclaré qu'avant son coup de revolver, ainsi « qu'après la guérison de sa blessure, ils n'avaient re- « marqué aucune crise nerveuse, et que ses crises ne « s'étaient manifestées que pendant le fort de sa mala- « die. »

Raisons pour. — La tante de François B..., Mme Bri..., m'a écrit : « A deux reprises différentes, mon neveu est « tombé à notre porte ; un soir, pendant la nuit, nous « l'avons entendu plaindre, nous nous sommes levés « et nous l'avons apporté sur son lit ; aussitôt là, il m'a « demandé à boire et il s'est endormi. Deux jours au- « paravant, il était tombé sur le chemin, nous a-t-il « dit. »

Dans une autre lettre : « Nous n'avons jamais vu tom- « ber mon neveu en se débattant ni nous ne connaissons « personne l'ayant vu tomber ainsi. Mais il est tombé « une seule fois à notre porte, c'est pendant la nuit, nous « l'avons apporté sur son lit comme mort ; il ne faisait « aucune contorsion ; cela n'a pas duré longtemps. Il « nous a dit, à ce moment-là, qu'il était tombé sur la route « un instant auparavant. »

Ainsi Mme Bri... raconte ce même fait dans ses deux lettres. Et François B... se rappelle cette chute, il en a gardé le souvenir, mais il ne peut pas dire pourquoi il est tombé. C'était après sa tentative de suicide. Était-ce de la fatigue ? un évanouissement ? de l'épilepsie ? Toutes ces hypothèses sont admissibles.

Je dirai donc comme diagnostic : folie impulsive, peut-être, chez un épileptique.

Si François B... était atteint d'épilepsie larvée ou non, il y aurait lieu de remarquer qu'il a conservé le

souvenir complet de ses impulsions, ce qui n'est pas fréquent. Les épileptiques impulsifs perdent habituellement le souvenir de leur meurtre non motivé.

Ce qui frappe tout d'abord dans ce cas de folie impulsive, c'est qu'il appartient à cette variété assez rare dans laquelle la monomamie homicide complique l'impulsion au suicide ; et de plus que l'idée d'incendie s'y est ajoutée vers la fin de l'accès, mais non comme impulsion pyromaniaque.

Dans ses deux accès l'impulsion a été produite par un motif frivole et fortuit.

La première fois c'est une simple observation de son patron relative à sa façon de travailler qui provoque la crise. Il quitte le chantier; s'en va désespéré ; pense à l'hiver, à la misère, à sa séparation d'avec sa fiancée; et l'idée du suicide le poursuit. Mais il lutte contre cette idée, car il revient au pays, et c'est un milieu de ses hésitations qu'il fait partir le coup de revolver.

La seconde fois, il est sous une influence hypocondriaque, il se croit malade, atteint de la poitrine. Cependant il travaille, mais il ne se sent pas vaillant. Il reçoit une lettre de sa fiancée qui lui dit de prendre courage ; et aussitôt l'idée de ne pas pouvoir se marier avec sa cousine, parce qu'il ne se croit plus en état de gagner sa vie, provoque la tendance au suicide. Sur-le-champ, il quitte son patron, chez lequel il était bien, va à Dijon acheter des cartouches pour son revolver, a l'idée de se tuer en chemin de fer; puis, de faire feu contre une église ; puis, en traversant le bois pour aller chez ses parents, il charge son arme sans trop savoir pourquoi, probablement pour se tuer ; furieux de voir que les cartouches ne s'adaptent pas, il jette tout. Mais néanmoins il se sent malade de corps et d'esprit.

Le lendemain, sur une observation insignifiante de son oncle, l'affolement redouble, il part pour tuer son autre

oncle et son cousin. Et en arrivant chez les victimes qu'il a choisies, il lui prend l'idée de mettre le feu. Enfin l'accès se calme. Le souvenir de ses impulsions lui fait honte, il se tuerait de désespoir.

Pourquoi a-t-il choisi son oncle Bri... ? pourquoi ne tue-t-il pas sa tante Br... et sa cousine qui le supplient de revenir à lui, de songer à ce qu'il dit, de ne pas commettre un crime ?

Sa tante en a donné le motif dans sa lettre. Parce que son oncle Bri... l'a détourné de se marier avec sa cousine, et que François B... aime beaucoup Léonie et sa mère qui l'ont soigné comme leur enfant pendant sa maladie.

C'est évidemment un motif disproportionné avec le meurtre, et de nature à prouver à l'aliéniste l'état maladif du cerveau de François B..., mais non sa criminalité. Pourtant supposons l'homicide perpétré par lui ; en aurait-il été de même aux yeux du juge d'instruction ? La conduite du meurtrier n'aurait-elle pas traduit la préméditation, en allant acheter des cartouches la veille à Dijon ? La vengeance n'eût-elle pas été expliquée par le refus que l'oncle Bri... a fait la veille de lui donner un lit et de le mettre coucher dans la grange ? Le mobile n'existait-il pas dans le dépit de François B... d'avoir été détourné, à tort, de son mariage avec Léonie par son oncle Bri... ? Voilà ce que la justice aurait pu retenir.

Il était à craindre, si François B... avait tué son oncle, que le juge d'instruction ne l'eût pas considéré comme un fou impulsif, parce que le meurtre ne lui aurait pas apparu absolument non motivé ni non prémédité, la magistrature n'admettant la folie transitoire que dans ces conditions-là.

Le cas de François B... est donc intéressant à ce point de vue que ses impulsion au meurtre paraissent se

rattacher à des motifs fortuits et insuffisants pour expliquer une criminalité coupable, il est vrai, mais à des motifs d'apparence plausibles.

Il l'est encore sous un autre rapport : celui de la mentalité de ce jeune homme.

Je n'ai rien trouvé, d'après les renseignements recueillis, qui puisse le faire considérer comme un héréditaire. Cependant il a une instabilité d'esprit surprenante, dont il a bien conscience. Point de fixité dans la conduite, point de suite dans les idées. Il ne peut se fixer nulle part.

Depuis qu'il est à l'asile, il s'occupe de travaux de maçonnerie. Un jour je le trouve gai, chantant, en train de travailler ; il reçoit une lettre de sa cousine Léonie, le lendemain matin, le voilà triste, désespéré, incapable de reprendre sa truelle, perdant l'appétit, et atteint de diarrhée. Je l'envoie à l'infirmerie, il se plaint de n'avoir plus de force. Je le fais surveiller. Après trois ou quatre jours, il avoue que son malaise est la conséquence de la lettre de sa cousine qu'il a reçue. Il se met à pleurer, me demande du papier pour écrire. Cet accès de dépression morale ne dura que cinq jours. Je n'ai pu savoir s'il avait eu de nouveau une impulsion au suicide, il le nie bien, mais je n'en suis pas sûr. Il est probable qu'il lutte contre ses impulsions, et les cache.

En novembre, il a eu un nouvel accès de dépression morale, qui a duré une vingtaine de jours, il avait une diarrhée que rien ne pouvait arrêter, parce qu'elle était la conséquence d'une asthénie nerveuse —perte de l'appétit — impossibilité de quitter le lit — découragement profond. Il s'est remis assez vite. Cet accès dépressif avait été provoqué aussi par une lettre de sa fiancée.

Comme on le voit, c'est une nature mobile, passant vite de la gaieté au découragement le plus profond. Sous l'influence d'une peine morale même légère, il survient

un accès de mélancolie avec conscience et tendance au suicide. Et si dans ce moment une nouvelle cause de dépression morale, un chagrin survient, la folie transitoire avec impulsion au meurtre complique la monomanie suicide.

Ses impulsions au meurtre sont-elles absolument irrésistibles et non motivées ? Pas absolument. Car il semble, d'après l'observation, que la monomanie homicide se relie à un motif fortuit, futile, mais pas absolument dépourvu de vraisemblance. En outre l'influence de sa tante et de sa cousine pour l'empêcher de commettre un crime a bien eu un certain effet, puisque quand elles l'ont laissé, il les a embrassées en disant que c'était pour la dernière fois ; en se calmant, son esprit revenait à la mélancolie suicide. Il est probable qu'il voulait se détruire en mettant le feu à la grange. Autrement comment y serait-il entré et resté ? L'incendie était un moyen, et non une impulsion pyromaniaque.

Ainsi, dans son dernier accès, sa mentalité a été atteinte par une dépression mélancolique, d'abord hypocondriaque, puis suicide; au moment du paroxysme, sous un motif futile, impulsions au meurtre, puis retrocession au suicide par l'incendie, et retour progressif à la lucidité.

Comme dans l'accès, il ne perd ni le souvenir, ni la conscience, et que la volonté n'est pas absolument annihilée et laisse son esprit accessible en partie au raisonnement des autres, c'est à mon avis un cas de folie impulsive qui confinerait à la criminalité si François B... devenait meurtrier.

DES HALLUCINATIONS

CHEZ LES ENFANTS

Par le Dr Paul MOREAU (de Tours)

Bien que les hallucinations chez l'enfant ne se produisent pas aussi fréquemment que chez l'adulte, elles sont cependant moins rares qu'on ne pourrait le croire.

Malgré la diversité de leur origine, ces hallucinations, ainsi que nous allons le voir, offrent cependant une symptomatologie uniforme.

Parmi les causes morales les plus fréquentes d'ailleurs il convient de signaler l'effet produit sur les jeunes imaginations par les contes de nourrices, les histoires de brigands, de voleurs, d'ogres, de revenants... Les vives préoccupations, les terreurs que causent l'obscurité, l'isolement, le silence des nuits... sont des causes non moins actives.

Les fièvres, les intoxications, les troubles de l'appareil digestif... sont parmi les causes physiques, les plus habituellement notées.

Les hallucinations observées se rattachent presque exclusivement aux sens de la vue et de l'ouïe ; celles des autres sens sont assez rares pour que certains auteurs n'aient pas craint de mettre leur existence en doute.

Cette opinion ainsi formulée est par trop excessive : ces hallucinations existent. Dans sa thèse inaugurale, Fernand Bouchut (1) en a donné des exemples.

(1) Fernand Bouchut. Des hallucinations chez les enfants, thèse de Paris. 1886.

Quoi qu'il en soit, et d'une manière générale, il est un fait digne de remarque et sur lequel les auteurs qui ont traité des hallucinations de l'enfance n'ont pas appelé l'attention d'une manière spéciale : c'est la nature de l'hallucination.

Chez l'adulte, l'hallucination revêt toute espèce de forme, elle est gaie, elle est triste, roule sur tel ou tel sujet, et n'a pas ce qu'on pourrait appeler un caractère spécial.

Chez l'enfant, au contraire, l'hallucination est, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, de nature triste, terrifiante. Tantôt ce sont des hommes armés qui le menacent, qui veulent lui couper le cou, l'enterrer vivant. Puis ce sont des diables rouges ou noirs, des fantômes, des cadavres qui se dressent devant lui, faisant mine de l'emporter, de l'enserrer dans leurs griffes ou dans leur linceul. Tantôt ce sont des animaux, et dans ce cas les animaux sont noirs ou rouges, horribles, effrayants, avec des yeux étincelants, des dents acérées, ouvrant des mâchoires demesurées et montrant leurs griffes prêtes à le déchirer. Les animaux immondes,répugnants jouent aussi un grand rôle : les chauves-souris, les rats, les serpents, les limaces, plus ou moins ornés d'ailes, de piquants de poils raides et rouges : tantôt ce sont des éléphants et d'autres bêtes féroces qui semblent s'avancer pour le dévorer, le déchirer, le mettre en lambeaux.

Cependant à côté de ces hallucinations qui forment la règle générale, on a noté, mais exceptionnellement, des hallucinations gaies, heureuses, ou mystiques et religieuses, ainsi que nous le verrons plus tard.

Les hallucinations de l'ouïe présentent ce même caractère terrifiant. L'enfant non seulement voit, mais *entend* les gens le menacer ; on lui dit : « Dépêche-toi ou je t'assomme... je vais te couper le cou... si tu

bouges tu es mort... on va te guillotiner... » ou bien ce sont des cris, des clameurs, des hurlements épouvantables, des gémissements lamentables, des appels réitérés au secours... Les animaux eux-mêmes lui parlent et, comme dans les contes de fées, le petit chaperon rouge, la belle et la bête.,. par exemple, veulent le manger.

Les hallucinations de l'odorat ne sont pas moins pénibles : l'enfant *sent* des odeurs mauvaises, nauséabondes, et principalement l'odeur de soufre qu'on brûle, de choux pourris, l'odeur désagréable qui s'échappe parfois des égouts de certaines usines, enfin cette odeur caractéristique des amphithéâtres de dissection, de cadavre.

Et quand à ces hallucinations se joignent les hallucinations du goût, ce sont les mêmes impressions désagréables que l'enfant retrouve dans ses aliments. Enfin le toucher suit la loi générale, et les impressions perçues consistent en coups, brûlures, pincements. L'un sent des clous qu'on lui enfonce dans le corps...

Cette uniformité terrifiante dans les hallucinations de l'enfance, permet de nous rendre compte, dès lors, de ce que l'on observe dans les terreurs nocturnes et diverses que présentent certains enfants, aussi bien dans l'état de santé que dans l'état morbide, alors qu'ils sont en puissance d'une affection aiguë quelconque.

Effrayé par ce qu'il croit voir, l'enfant manifeste à sa façon la terreur qu'il ressent, il crie, il appelle à l'aide, il se débat ; puis l'hallucination cessant, le calme renaît, l'enfant se rendort s'il a été pris la nuit, reprend ses jeux si l'accès a eu lieu dans la journée.

Les quelques observations que nous citons ici, prises au hasard, offrent ces divers caractères que nous signalons :

Nous avons connu un enfant de 7 ans qui, à la suite de contes

de nourrice, eut de véritables hallucinations de la vue : il voyait le soir, sur le mur, en face de son lit, un grand homme rouge. A ses cris on accourait et, vous le montrant au doigt, « Tiens, le vois-tu, là sur le mur? il me regarde... » Cet état a persisté un temps assez long.

Brierre de Boismont fut appelé à donner des soins à une petite fille de 7 ans, dont la mère et la grand'mère étaient aliénées et avaient des hallucinations.

Cette enfant avait une expression de figure qui annonçait une intelligence remarquable. Lorsqu'elle parlait, sa conversation, bien supérieure à celle des enfants de son âge, surprenait tous ceux qui l'entouraient. Il y avait dans ses observations, ses demandes, ses réponses, une sorte d'intuition de l'avenir ; on aurait dit qu'elle devinait les choses ; aussi était-elle un sujet d'étonnement pour tout le monde.

La vivacité et la mobilité de cette enfant étaient singulières: elle ne pouvait rester en place, elle avait continuellement besoin d'aller d'un endroit à un autre. Voulait-on la retenir, elle s'impatientait, s'irritait, frappait et brisait les objets. De temps en temps, elle était sujette à des accès qui s'annonçaient de la manière suivante : sa parole était plus brève, plus saccadée, puis elle tombait dans une sorte d'extase ; ses yeux se tournaient vers le ciel et devenaient fixes, un sourire de bonheur animait tous ses traits, elle parlait avec un accent pénétré : « Voyez-vous, disait-elle, ces anges dans le ciel ; ils ont des couronnes de fleurs, ils s'avancent à ma rencontre, ils viennent me chercher. » Souvent elle gardait le silence comme plongée dans une espèce d'anéantissement, puis elle montrait de nouveau le ciel avec le doigt en appelant les anges.

Après avoir duré deux ou trois heures, la vision s'évanouissait. Pendant son accès, cette jeune fille était blanche comme la cire, elle avait la peau froide et le pouls à peine sensible ; lorsqu'il était passé, elle s'endormait. A son réveil, l'agitation reparaissait et se prolongeait plusieurs jours. Ses discours offraient peu d'incohérence ; elle ne comprenait pas bien ce qu'on lui disait, répondait d'une manière singulière.

Tout rentrait ensuite dans l'ordre jusqu'au nouvel accès qui ne tardait pas à se produire (1).

Nous avons tenu à donner cette observation qui rentre dans les exceptions à la règle générale que nous indiquions plus haut ; ici pas de vision terrifiante; au

(1) Brierre de Boismont. Des hallucinations. Paris, 1862, p. 355.

contraire : l'enfant semble heureuse et voit avec bonheur les chérubins qui l'appellent et lui montrent sa place au milieu d'eux. Il est à remarquer, également, l'état physique pendant les accès : c'est là un fait qui ressort de ce qui a lieu habituellement. Ces manifestations pourraient bien avoir été le précurseur d'une affection nerveuse grave, malheureusement l'observation de Brierre de Boismont s'arrête là et reste muette sur les événements consécutifs.

Une jeune fille de 9 à 10 ans avait passé le jour de sa fête, en compagnie de plusieurs autres enfants, à se livrer à tous les divertissements de son âge. Les parents, d'une religion peu éclairée, n'avaient cessé de lui raconter des histoires du diable, de l'enfer, de la damnation éternelle. Le soir, en allant à sa chambre pour se coucher, le diable lui apparut et la menaça de la dévorer. Elle poussa un grand cri et tomba comme morte à leurs pieds. Un médecin, ayant été appelé, parvint à la rappeler à la vie au bout d'une heure. Cette enfant dit alors ce qui lui était arrivé, répétant qu'elle était certaine d'être damnée (1).

Une enfant de 12 ans, qui faisait sa première communion à Montmartre, fut si effrayée des terreurs de l'enfer nées dans son esprit par l'influence du prédicateur, qu'elle perdit connaissance et eut quelques mouvements convulsifs ainsi que plusieurs de ses compagnes.

Le lendemain, les attaques se reproduisirent et en même temps, pendant la journée, il y eut l'hallucination d'un crucifix rouge de feu au milieu de l'espace. Cette hallucination se montra plusieurs jours de suite (2).

Un enfant de six ans et demi s'arrêtait tout à coup, dans ses jeux, au milieu de ses études, rougissait, courait vers sa mère et lui disait en grand secret, qu'il avait entendu quelque chose ; « *On* lui a dit qu'il allait mourir, qu'on allait le mettre en prison, » d'autres fois *on* lui dit que c'est sa mère, son père, son frère qui vont mourir. « Mais, qui t'a dit cela ? — Personne, mais je l'ai entendu. De quel côté ? d'où viennent les voix ? — C'est dans ma tête que j'entends cela. »

Au reste, on le rassure sans peine, mais il ne comprend cer-

(1) *Psychological Magazine.* Vol. IV, p. 70, V. Chricton.

(2) E. Bouchut. Mémoire sur la contagion nerveuse. (*Gaz. méd.* de Paris, 1864.)

tainement pas ce qu'on lui dit pour le rassurer. Il est évident que rien ne peut le dissuader qu'il n'a pas bien entendu, mais dès qu'on lui dit que ce sont des bêtises, que cela ne fait rien, il n'en demande pas davantage, il n'y pense plus.

Ces phénomènes se sont reproduits une vingtaine de fois, à intervalles irréguliers et sans qu'on puisse les rattacher à rien, soit dans ses habitudes morales, soit dans ses habitudes physiques.

A..., à 13 ans, perdit son oncle d'une chute dans une carrière et fut très effrayée de le voir tout un jour mort, exposé à son domicile sur son lit. Deux mois après, jour et nuit, la vision de ce mort se reproduisait à ses yeux, et si elle restait chez elle, elle revoyait ce cadavre couché sur le lit, disparaissant quelques instants et revenant peu après. Elle était si convaincue de la réalité de cette vision qu'elle criait de terreur, et les paroles de sa tante ne suffisaient pas à la calmer. De temps à autre, elle entendait la grosse voix de son oncle, mais sans pouvoir répéter ce qui se disait. Cette hallucination de la vue et de l'ouïe a duré près de quatre mois, se manifestant dans les mêmes conditions de temps et de lieu (1).

Dans les épidémies de délire religieux qui, au siècle dernier, régnèrent en Europe, on observa fréquemment des hallucinations chez les enfants (2). Cette disposition morbide dont ils subissaient l'influence, paraissait être, ou pour mieux dire était réellement la conséquence de l'excitabilité propre à cet âge, augmentée par l'éducation religieuse catholique et protestante, surtout favorisée de plus par les impressions extérieures.

Il suffit de parcourir l'histoire des trembleurs des Cévennes, des prédicants de la Suède...etc., pour y trouver des enfants de cinq, six, sept ans, en proie à des visions, voir des anges, entendre des voix célestes. En dehors de cette disposition épidémique, ces hallucinations religieuses peuvent se produire à l'état isolé ; nous en avons vu précédemment un exemple, et il convient, de plus, de rappeler tout d'abord ici, le nom d'une grande héroïne, de Jeanne d'Arc.

(1) F. Bouchut. Des hallucinations chez les enfants, thèse, p. 15.

(2) Calmeil, de la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, Paris, 1845.

« Dès l'âge de 13 ans, la petite Romée, c'est ainsi qu'on appelait Jeanne d'Arc, du nom de sa mère, dans la vallée de Vaucouleurs, dès l'âge de 13 ans, la petite Romée avait éprouvé de fréquentes hallucinations de la vue et de l'ouïe; des traînées lumineuses étaient venues éblouir sa vue en plein midi. Des voix inconnues avaient souvent retenti à ses oreilles lorsqu'elle se croyait dans le plus parfait isolement. Elle se crut visitée par l'archange saint Michel, par l'ange Gabriel, par sainte Catherine et par sainte Marguerite : elle se figura surtout que ces deux dernières saintes, auxquelles elle avait voué une dévotion toute particulière, se rendaient souvent avec elle dans l'épaisseur des forêts et que là elles l'assistaient de leurs conseils.

Ce furent la continuation et la persistance de ces apparitions sensibles, comme l'assure Jeanne, aux yeux du corps, qui à la fin la poussèrent dans ses aventureuses entreprises (1).

On sait aussi avec quelle énergie certains poisons, et en particulier les solanées vireuses agissent sur l'enfant; dansun travail bien connu (2), Thore a publié des observations d'hallucinations produites chez de très jeunes enfants par l'absorption de baies de datura stramonium. Avant lui, bien des cas d'empoisonnement par cette plante avaient été recueillis chez des enfants de deux à quatorze, quinze ans, mais on n'avait pas encore eu l'occasion d'observer cet accident chez un enfant de 14 mois.

Jules Simon a donné la relation d'hallucinations visuelles et auditives, produites vraisemblablement par l'administration du sulfate de quinine :

« Le 11 avril 1857, je fus appelé pour donner des soins à la fille de Mme B..., âgée de 7 ans, qui venait d'avoir des accidents la nuit.

Cette petite fille, pâle, anémique, atteinte de bronchite ordinaire, un peu fébrile, avait pris :

Le 9 avril 0,15 cent. de sulfate de quinine le soir.

(1) Calmeil. De la folie considérée sous le point de vue pathologique historique... etc. J.-B. Baillière 1845. T. I. p. 129.

(2) Thore. *Annales médico-psychologiques.*

Le 10, 0,15 cent. le matin et 0,15 cent. le soir avant le potage.

Dans la nuit du 10 au 11, elle fut prise d'agitation, d'une sorte d'ivresse, puis se plaignit de mal de tête, de sifflements dans les oreilles : elle entendait des voix qui lui disaient des bêtises et la faisaient pleurer. En outre elle voyait des animaux étranges dont la description ne lui aurait pas été possible.

Cet état dura une heure ; au réveil il ne resta qu'un peu de céphalalgie.

Il n'est pas rare non plus d'observer des hallucinations dans le cours des maladies aiguës. Marcé (1). Trousseau (2), Thore, Bouchut,... et beaucoup d'autres les ont signalées dans le cours de la chorée, de la scarlatine, de la pneumonie, de la fièvre muqueuse..., etc.

Parfois, l'hallucination préexistante semble devoir être jugée par une affection intercurrente, ainsi qu'il paraît en résulter du fait suivant observé par Bouchut.

B..., 11 ans, entre à l'hôpital le 19 mars 1868. Jusqu'à 6 ans, elle avait eu de temps à autre des convulsions.

Actuellement, elle est très délicate, capricieuse, coléreuse, pleureuse, mais il n'y a pas eu d'attaques de nerfs depuis la disparition des convulsions de la première enfance.

Depuis deux mois, toux sèche, incessante, puis rauque et enfin remplacée par des cris qui se reproduisent à des intervalles très courts. Ce sont cinq à six cris aigus prolongés, de suite, le jour ou la nuit, puis elle se tait.

Ce besoin de crier est irrésistible; rien ne peut l'en empêcher. Après ces cris, elle a un rire sardonique et un étirement assez douloureux des nerfs du bras et de la main.

L'enfant a souvent, soit le jour, soit la nuit, des visions distinctes de serpents qui courent, d'anges au ciel, de vaisseaux, d'enfants qui jouent autour d'elle, en disant à haute voix : « Je ne veux pas jouer avec toi », ou qui veulent lui faire du mal. Ces hallucinations visuelles et auditives se reproduisent souvent en plein jour dans sa chambre, alors qu'elle

(1) Marcé. De l'état mental dans la chorée. (Mémoires. de l'Académie de Médecine, Paris, 1860.)

(2) Trousseau. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 7e édition, Paris, 1885.

est seule. D'autres fois, elle voit une pluie de feu tomber devant elle.

Névralgies frontales et occipitales fréquentes ; battements de cœur et souffle á la base, en dedans du mamelon, se prolongeant dans les vaisseaux du cou. *L'intelligence* est développée par beaucoup d'instruction, mais, en ce moment, elle est lente, sans troubles, avec un peu d'hébétement, et la démarche est niaise.

Jamais de perte de connaissance, de spasmes, de crises nerveuses ni de boule hystérique.

21 mars. Persistance des cris, même la nuit, et ils sont si forts que l'on comprend que, dans sa maison, les locataires aient voulu déménager. Ici, il a fallu mettre l'enfant dans une chambre isolée. Il n'y a pas eu d'hallucination de personne, mais des hallucinations de pluie de feu.

Au moment des cris, il y a 7 ou 8 rugissements aigus,accompagnés d'une déviation de la bouche en haut et à gauche avec contracture de l'avant-bras gauche sur le bras, et raideur des doigts qui se portent devant la bouche pour la cacher. Il suffit parfois de rabattre violemment le bras contracturé et d'imposer silence à l'enfant pour faire cesser le spasme.

Vésicatoire morphiné (0,02 cent.) sur les côtés du cou.

Le 22. Mêmes cris, meilleur sommeil, pas d'hallucination.

Le 23. Pas de sommeil, mêmes cris, sans hallucination.

Le 24. Pas de sommeil, mêmes cris. Hallucination d'un ange nu, ou vêtu de blanc.

Le 25. Cris si violents qu'ils ont été entendus de la rue : pas de sommeil, hallucination d'un serpent.

A ce moment, l'enfant est prise de fièvre avec mal à la gorge, enrouement et exsudation blanche membraneuse sur les amygdales. *Vomitif avec émétique* 0,05 centigr.

Le 26. L'enfant a beaucoup vomi, a moins crié et n'a pas eu d'hallucinations. L'exsudat de l'amygdale persiste.

Le 27. L'exsudation a diminué : pas d'albuminurie, mais il y a toujours de la fièvre. Moins de cris : pas d'hallucination.

Le 28. L'enfant n'a pas crié et a repris un peu d'appétit.

Le 31. Plus de cris, et l'enfant a pu rester tranquille aux offices de Pâques.

Le 12 avril, l'enfant semble guérie et mange bien, en petite quantité.

Le 2 mai, la guérison ne s'est pas démentie : les cris ont cessé et, depuis cinq semaines, il n'est pas revenu d'hallucinations. Elle sort de l'hôpital.

Les hallucinations avec troubles de la sensibilité générale, bien que très rares, existent cependant.

V..., 10 ans, voyait des voleurs en plein jour, apercevait sa mère au ciel et l'entendait parler, sentait le goût de cadavre dans les aliments qu'on lui servait ..., etc.

M.,11 ans, maigre, pâle et faible, fut prise, au mois de mai, de la danse de St-Guy occupant les deux côtés du corps. Par moments elle ne reconnaissait personne et ces crises duraient environ une demi-heure.

Cet état se prolongea pendant tout le mois de juin 1877 et il n'y eut qu'une seule crise de trouble psychique. En juillet, il y eut quatre crises qui durèrent de cinq à dix minutes.

En août, la chorée continue; l'intelligence est troublée, le regard fixe, hébété, et elle se trompe en prenant une autre femme pour sa mère. Elle se met à répéter niaisement tout ce qu'elle entend dire, sans paraître comprendre. Aux repas, elle a peur, dès qu'on s'approche d'elle, qu'on lui enlève ce qu'elle a devant elle et se cache derrière la carafe et la bouteille. Elle croit avoir déjeuné en ville chez des personnes méchantes qui prenaient ce qu'elle mangeait et dont elle ne comprenait pas le langage.

Elle crie, se roule à terre et a des syncopes fréquentes à la moindre contrariété; de temps à autre, prend sa mère pour un ogre qui veut la dévorer, ou bien se déshabille et se met toute nue sur le parquet, l'esprit troublé, et cela pendant un quart d'heure. Puis, revenue à elle, elle croit qu'elle a été en voyage, qu'on lui enfonçait des clous dans le corps, qu'on la brûlait sous des couvertures de soufre, que son lit s'était changé en puits, etc.

En septembre, les mêmes phénomènes se sont reproduits. Elle s'est couchée sous le lit et s'y est endormie ; puis remise dans son lit, elle reste égarée, les yeux fixes, tantôt calme, tantôt agitée, avec des mouvements choréiques, des syncopes et des hallucinations de l'ouïe et de la vue. En février 1878 cette enfant allait mieux, mais avait toujours des hallucinations (1).

Nous ne pouvons quitter ce chapitre sans dire un mot des hallucinations qui se produisent dans l'état de santé, chez de jeunes enfants, pendant la nuit ou au moment du réveil ; au premier abord elles continuent le rêve ; l'enfant, les yeux ouverts, voit distinctement des objets plus ou moins effrayants qui ne disparaissent qu'après un temps assez long.

(1) Fernand Bouchut. Thèse citée.

Thore cite l'exemple d'une personne qu'il connait particulièrement et qui, à peine âgée de 3 ans et 1/2, avait pendant la nuit des hallucinations de la vue, intenses et prolongées. Cet enfant voyait se développer et grandir sur le mur de la chambre des figures à l'aspect le plus fantastique et le plus varié. Elles revenaient de temps en temps et quelquefois à plusieurs reprises dans une même nuit, sans qu'on pût savoir à quoi les attribuer. Elles le jetaient dans un véritable état d'angoisses, et il faut que ces impressions aient été bien vives et bien profondes pour que cet enfant, devenu homme aujourd'hui, ait conservé le souvenir assez net de ces hallucinations dont il pourrait à la rigueur et au bout de trente années reproduire le dessin.

Poujol raconte qu'étant endormi auprès de son frère, jeune enfant de 11 ans, il fut réveillé par les cris qu'il poussait. Bientôt il *s'éveille* lui-même et me demande : « Que fait ma sœur auprès de toi ? » — Je lui répondis qu'elle n'y était point : — « Tu plaisantes ? — Non. » — Il se retourne alors de mon côté, il me saisit autour du corps et s'écrie : « Je suis perdu. — Qu'as-tu donc ? — Ne vois-tu pas ces monstres qui viennent me dévorer ? Vois donc quelle gueule ils ouvrent ! » Et alors de me serrer de toute sa force. J'eus beau lui représenter que ce n'était que le résultat de son imagination troublée par un rêve pénible, tous mes raisonnements furent inutiles. Je le transportai dans la chambre de ma mère, et là, placé sur le même lit, entouré de plusieurs individus, il n'en resta pas moins dans le même état. J'allumai une chandelle et les illusions persistèrent. Enfin je le conduisis au milieu d'un grand nombre d'ouvriers occupés à la fabrication de l'huile et bientôt les hallucinations furent dissipées (1).

Le 4 octobre 1877, dit F. Bouchut, un garçon de 10 ans vint me voir de Vitry avec sa mère : il est grand et fort en apparence, mais mou et il a de la fièvre par la moindre fatigue. Il fait sa seconde dentition qui est en retard et irrégulière. Il y a deux ans, il a déjà eu des hallucinations la nuit, et depuis six semaines, cette année, le même fait s'est reproduit plusieurs fois.

Il se couche en bonne santé, puis s'éveille avec terreur, et sa mère accourt près de lui. La lumière est allumée et l'enfant, parfaitement lucide. Il cause avec sa mère et voit devant lui des maisons renversées, ou dans l'espace de grandes additions à faire au moyen de chiffres immenses. Il s'inquiète de cela et dit qu'il ne pourra jamais les faire. Puis, comme la vision ne disparait pas, il demande à sa mère d'aller se mettre au lit,

(1) *Revue médicale*, 1878.

en lui disant : « Quand tu resteras près de moi, cela n'y fera rien. Ces additions ne s'en iront pas, ne te fatigue pas à me veiller. »

Malgré ces paroles, la mère restait et, au bout d'une heure, l'enfant se rendormait. Le lendemain il n'offrait rien de particulier, mais se rappelait très bien ses hallucinations de la nuit.

Dans ce cas il n'y avait pas de demi-sommeil. L'enfant était parfaitement éveillé, lucide, très raisonnable sur tout ce qui l'entourait, conversant avec sa mère et n'ayant que le trouble sensoriel de la vision.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 octobre. — *Dualité du cerveau et de la moelle épinière, d'après des faits montrant que l'anesthésie, l'hyperesthésie, la paralysie et des états variés d'hypothermie et d'hyperthermie, dus à des lésions organiques du centre cérébro-spinal, peuvent être transférés d'un côté à l'autre du corps*, par M. Brown-Séquard.

Conclusions : 1° l'anesthésie, la paralysie et l'hyperthermie causées par une lésion organique des centres nerveux, peuvent être transférées d'un côté à l'autre du corps, sous l'influence d'une seconde lésion de ces centres, d'où il suit que ces manifestations ne sont pas nécessairement des effets de la destruction de certains éléments nerveux possédant certaines fonctions et peuvent être les résultats de pures actions dynamiques exercées à distance par l'irritation que cause la lésion ; 2° une moitié de l'encéphale peut servir à la sensibilité, aux mouvements volontaires et aux actions vaso-motrices pour les deux moitiés du corps. Il en est de même pour une moitié latérale de la moelle épinière, au moins en ce qui concerne la sensibilité et les actions vaso-motrices.

Séance du 24 octobre. — *Folie mélancolique et autres troubles mentaux dépressifs dans les affections otopiésiques* (οὖς, ὠτος πιέσις ; compression) *de l'oreille*, par M. Boucheron.

Nous avons déjà signalé que des *troubles mentaux multiples*

disparaissent, chez de jeunes sourds-muets *intelligents*, quand on améliore la maladie otopiésique de l'oreille, qui a produit la surdité et la mutité (1).

Nous avons indiqué aussi (2) que des séries de *crises épileptiques* sont interrompues par la cure de certaines affections otopiésiques de l'oreille qui les provoquent (épilepsie auriculaire par otopiésis, analogue à l'épilepsie de M. Brown-Séquard, par excitation du trijumeau).

Nombre de malades, atteints d'affections variées de l'oreille, sont sujets, d'autre part, à des *troubles intellectuels affectifs* et *sensitifs* divers, tels que diminution de la mémoire, cessation de l'esprit de suite, impossibilité de fixer l'attention, irascibilité, hypocondrie, insomnie ou excès de sommeil, etc., avec sensation de compression et d'affaiblissement de l'intelligence.

Ces troubles peuvent disparaître avec l'amélioration de la maladie d'oreille, comme nous l'avons remarqué, surtout dans l'otopiésis.

Ces documents personnels s'ajoutent à ceux que de nombreux auteurs (3) ont déjà recueillis sur les relations des maladies de l'oreille avec les troubles mentaux, et sur la fréquence extrême des illusions et des hallucinations auditives dans les maladies mentales, avec ou sans substratum anatomique auriculaire.

Mais dans les cas cités jusqu'ici, il s'agissait de lésions relativement grossières de l'oreille, parce qu'une suppuration de l'oreille moyenne, ou de l'apophyse mastoïde, une otorrhée, une perforation tympanique, une carie du rocher, des cicatrices vicieuses de la caisse tympanique, un bouchon cérumineux, un corps étranger, un traumatisme de l'oreille, etc., sont assez faciles à reconnaître.

(1) Boucheron. De la surdi-mutité par otopiésis et de sa curabilité chez les jeunes enfants (comptes rendus). — *L'Encéphale*, 1881-1882. — De la pseudo-méningite des jeunes sourds-muets. (*Revue de Médecine*, 1885.)

(2) Boucheron. Comptes rendus, 1885.

(3) Esquirol, Baillarger, de Trœltsch, Toynbee, Blau, Meyer, Schwarze et Koppe, Ball, Regis, Roosa, Luys, Brown-Séquard, Th. Browne, A. Voisin, Gellé, Bouchut, Menière, Williams, Albert Robin (de Paris), Urbantschitch, Politzer, Moos, Paul Robin (de Lyon), Pierret, Schüle, Ritti, de Rossi, Martinencq, Compérat, Schiffers, Sexton, Michéa, Cattlet, Bondet, Fournier, Biaute, Furstner, Schmiegelow (de Copenhague).

Dans les faits qui nous occupent, au contraire, il s'agit d'une affection de l'oreille bien moins apparente.

En somme, il y a des affections de l'oreille où le nerf acoustique excité par pression otopiésique transmet son excitation aux diverses parties des centres nerveux et produit, selon le sujet, des effets [illegible] divers.

Transmise : 1° au bulbe et à la moelle, cette excitation produit de l'épilepsie, de la pseudo-méningite ou des convulsions variées sans caractère spécial ; 2° du côté du cervelet, elle produit des troubles de l'équilibration, vertiges, chute, rotation ; 3° arrivée au cerveau et à l'écorce cérébrale, l'irradiation produit des troubles mentaux, légers ou graves, ayant un caractère commun de dépression.

Les troubles légers sont la perte ou la diminution de la mémoire, de l'esprit de suite, de la réflexion, de la vivacité des conceptions ; diminution de l'affection pour les proches ; idées de tristesse, de suspicion, de défiance, de persécution, ou de l'hypocondrie.

Les troubles mentaux graves peuvent s'élever jusqu'à la folie mélancolique aiguë, avec délire, hallucinations, perte de connaissance, chez les sujets prédisposés.

Le point sur lequel il y a lieu d'insister, c'est que tous ces troubles mentaux peuvent être la conséquence d'affections relativement légères de l'oreille, entre autres de l'otopiésis par obstruction des trompes d'Eustache, et que, dans les cas récents, la cure de l'affection otopiésique de l'oreille peut faire cesser les accidents mentaux symptomatiques.

Séance du 14 novembre. — *Épilepsie d'origine auriculaire dans les affections otopiésiques à répétition*, par M. BOUCHERON.

Les épilepsies symptomatiques, dont M. Brown-Séquard a fait connaître la plus remarquable, dans ses *Recherches sur l'épilepsie du trijumeau*, présentent un intérêt considérable, en raison de ce qu'elles sont parfois curables, lorsque l'affection causale est elle-même modifiable par la thérapeutique. Au nombre de ces épilepsies symptomatiques relativement curables, une des plus importantes est l'épilepsie provenant de l'oreille, sur laquelle nous avons déjà eu l'honneur de présenter une Note à l'Académie (*Comptes rendus*, 1885 : *Épilepsie d'origine auriculaire*).

Depuis longtemps déjà, quelques observateurs avaient noté que des convulsions épileptiformes apparaissent, dans le cours de graves maladies d'oreille, comme les suppurations

intenses de l'oreille, les polypes, les caries de rocher, les corps étrangers, les parasites de l'oreille. Chez les animaux aussi, des épilepsies d'oreille existent (parasites du conduit auditif externe); et ces crises épileptiques sont quelquefois suivies de mort, chez les chiens. (Mégnin, Nocard.)

Pour nous, *nous avons décrit les épilepsies d'oreille survenant chez des patients atteints de surdité par otopiésis* ou par compression de l'oreille interne, et nous avons constaté que ces crises d'épilepsie disparaissent avec la surdité, lors de la décompression de l'oreille. Depuis, M. Noquet, de Lille, a aussi publié un cas d'épilepsie par otopiésis chez un malade affecté de surdité. L'épilepsie disparaît également avec la décompposition. (*Société française d'otologie.* 1886.)

Dans tous ces faits d'épilepsie, la surdité était assez marquée et assez persistante pour ne point échapper au malade, ni à l'observateur ; et la relation établie maintenant, entre la surdité ou l'assourdissement et l'épilepsie, pouvait appeler l'attention sur la cause auriculaire de l'épilepsie.

Il est encore d'autres faits où l'épilepsie d'origine auriculaire a pour cause un trouble tout à fait passager de l'oreille, sans surdité persistante. L'observation de ces faits est par conséquent bien plus délicate. Mais aussi la thérapeutique a plus de prise sur ces affections relativement bénignes.

Dans les cas de ce genre, la cure porte sur deux points : 1° dès le début de la crise (bourdonnement, assourdissement), insufflation de l'air dans les caisses du tympan ; 2° traitement local de l'oreille, puis général et hygiénique, tendant à diminuer le retour de ces obstructions intermittentes des trompes d'Eustache, qui sont les premières phases du mécanisme otopiésique et épileptogène.

Par ces moyens, en effet, nous avons obtenu, avec l'amélioration de la maladie d'oreille, un éloignement de plus en plus grand des crises, et sans bromure, même chez les sujets qui avaient usé longtemps et sans résultat de ce médicament.

Ainsi, des faits nouveaux et minutieusemnt observés confirment :

1° Qu'il existe une épilepsie provenant de l'oreille et présentant toutes les variétés cliniques d'épilepsie, grand mal et petit mal, et même la forme hystéro-épileptique ;

2° Le point de départ de cette épilepsie d'oreille, c'est l'excitation du nerf acoustique produisant, à distance, une

influence perturbatrice sur le bulbe rachidien et l'encéphale, de la même manière que, dans l'épilepsie de Brown-Séquard, l'excitation du trijumeau produit la syndrome épileptique ;

3° Toutes les espèces d'excitation du nerf acoustique peuvent, sans doute avec une disposition préalable personnelle, produire l'épilepsie d'oreille. Aussi rencontre-t-on cette épilepsie dans toutes les affections de l'oreille, ainsi que chez les sourds-muets ;

4° Mais l'une des affections épileptogènes les plus intéressantes à connaître, c'est l'otopiésis par obstruction des trompes d'Eustache même lorsqu'elle est intermittente ; parce que c'est la forme, pour ainsi dire la plus atténuée, des maladies épileptogènes de l'oreille, et celle sur laquelle la thérapeutique a le plus de prise ;

5° Quand les filets auriculaires des nerfs trijumeau, pneumogastrique, glosso-pharyngien sont excités, en même temps que le nerf acoustique, par une affection compliquée de l'oreille, il peut devenir difficile de modifier à la fois toutes ces excitations épileptogènes, pour obtenir l'arrêt de l'épilepsie d'oreille ;

6° Les épileptiques, lors des premières crises, ont intérêt à être examinés du côté de l'oreille, puisque cet organe a tant d'influence sur la pathogénie des affections convulsives, nerveuses, mentales même, — symptomatiques, — mais simulant absolument l'épilepsie, la méningite et les maladies mentales proprement dites ;

7° L'examen et la cure de l'oreille sont à mettre en œuvre, surtout au début des affections nerveuses symptomatiques, le système nerveux pouvant peut-être, en certains cas, prendre des habitudes morbides qui survivent à la cause initiatrice, — si l'on se reporte aux observations de M. Brown-Séquard, sur l'hérédité de l'épilepsie expérimentale chez les animaux.

THÉRAPEUTIQUE. — *De l'antipyrine contre le mal de mer.* Note de M. Eugène DUPUY, présentée par M. Brown-Séquard.

Comme c'est la moelle allongée qui semble atteinte dans le mal de mer (nausées, vomissements, vertiges, mal de tête, sueurs froides, altération du rythme respiratoire et des battements du cœur, etc.), j'ai eu l'idée de faire prendre à des malades et à d'autres voyageurs, qui auparavant souffraient terriblement du mal de mer, de l'antipyrine à la dose de 3 gr. par jour, pendant trois jours avant l'embarquement et les trois premiers jours de la traversée; quelques personnes

ont cru prudent de continuer l'usage du médicament pendant toute la traversée. Aucune de ces personnes n'a été atteinte du mal de mer en traversant l'Atlantique cette fois.

Séance du 21 novembre. — *De l'antipyrine contre le mal de mer*, par M. Émile-Ossian Bonnet.

Après de nombreuses observations (soixante environ), recueillies avec le plus grand soin pendant les deux traversées du Havre à Buenos-Ayres et de Buenos-Ayres au Havre, je crois avoir mis hors de doute les trois faits suivants :

1° Contrairement aux opinions émises par divers auteurs, le mal de mer n'est autre qu'un *vertige*, qui se produit sous l'influence d'une ou de plusieurs des causes multiples, d'ordre sensoriel ou psychique, qui occasionnent généralement cet état maladif ;

2° L'emploi de l'antipyrine arrête toujours les accidents du mal de mer; mais la dose à laquelle il convient de la prendre est variable. Dans la plupart des cas, la dose de 1 gr. 50 est suffisante; l'effet complet est alors produit en dix minutes environ. Dans d'autres cas, au contraire, il est nécessaire d'ajouter de nouvelles doses. Toutefois, dans mes différentes observations, je n'ai jamais été obligé de dépasser 3 gr. en deux fois, pour produire l'arrêt complet des accidents dans l'espace d'une heure environ ;

3° Dans certains cas, relativement très rares, où le malade ne peut absorber le médicament par suite de vomissements trop abondants et trop fréquents, une injection sous-cutanée de 1 gr. d'antipyrine a suffi pour arrêter le mal.

Séance du 19 décembre. — *Analyse de l'action physiologique de la cocaïne.* — par M. Marc Lafont.

La *cocaïne* exalte le fonctionnement du système nerveux grand sympathique ; sous son action, les vaisseaux se contractent, ainsi que tous les organes à muscles lisses, tels que l'estomac, l'intestin, la vessie, la capsule oculo-orbitaire, l'iris. La *cocaïne* paralyse les extrémités des nerfs sensoriels et sensitifs. Elle est, au point de vue des terminaisons sensitives des nerfs, ce qu'est le *curare* au point de vue des plaques motrices.

L'analogie de ces deux substances est plus grande qu'on ne pourrait le croire au premier abord. L'une et l'autre ont une action identique excito-médullaire. L'une et l'autre respectent les fonctions de la continuité du nerf. Ces deux substances ne diffèrent que dans leur action sur les termi-

naisons nerveuses. Le *curare* paralyse les plexus vaso-constricteurs intra-vasculaires et les plaques motrices terminales des nerfs moteurs. La *cocaïne* excite les plexus vaso-constricteurs intra-vasculaires et les contractions de tous les muscles à fibres lisses; elle inhibe les terminaisons nerveuses des nerfs sensitifs et sensoriels.

SOCIETÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(1887.)

Séance du 31 octobre. — *Du délire chronique* (suite). *Des idées morbides de persécution*, par M. Charpentier.

Le médecin de Bicêtre fait d'abord un rapide historique du délire des persécutions et montre que dans les travaux qui ont vu successivement le jour, depuis le mémoire de Lasègue, l'esprit d'analyse a été de plus en plus appliqué aux idées morbides et au délire de persécution, puis il expose qu'un certain nombre de faits de son observation lui ont paru se prêter à des groupements nouveaux, en raison tantôt d'une particularité d'étiologie commune, tantôt en raison de l'association des *idées morbides de persécution* à d'autres symptômes.

M. Charpentier fait remarquer qu'il dit : idées morbides, parce qu'il croit aux idées de persécution non pathologiques; un homme sain d'esprit peut être persécuté réellement; si de telles idées n'entraînent aucune modification déraisonnable de la conduite, de la pensée, des sentiments, si ce sont des idées vraies exactes, elles doivent être distinguées des idées morbides. En signalant les idées de persécution qui se produisent chez des fats ou vaniteux à l'occasion d'insuccès ou de déceptions mérités, mais dont ils ne comprennent pas les raisons, M. Charpentier signale un premier degré d'idées de persécution qui, pour lui, est d'autant plus important qu'elles sont parfois les premiers ou les seuls signes révélateurs d'une infériorité cérébrale. De telles idées ont déjà, à ses yeux, un caractère pathologique et constituent des idées morbides de persécution.

Cela posé, M. Charpentier divise les persécutés en neuf groupes.

1er Groupe. *Idées morbides de persécution pouvant aller jusqu'au délire, d'origine traumatique ou chirurgicale.*

Dans trois accouchements, au moment de l'expulsion du fœtus, et chez un malade dégénéré vertigineux de Bicêtre, pendant la réunion d'une hernie par le taxis, M. Charpentier a vu les malades, en proie à la terreur, se livrer à des imprécations contre des individus imaginaires qui les menaçaient. Dans les quatre cas il y avait eu hallucinations de la vue, mais non de l'ouïe ; le délire avait duré une minute, les malades s'en souvenaient et en riaient. Tout est rentré dans l'ordre ; aucune substance toxique, aucun alcool n'avait été consommé. Chez les trois accouchées, aucun antécédent personnel, ni de famille.

Chez sept autres malades observés par M. Charpentier, chez lesquels les antécédents de famille ou personnels étaient négatifs, et dont trois seulement étaient buveurs des idées de persécution s'étaient développées dans les six premiers mois, après des accidents consécutifs à des éboulements, écrasements chutes de hauteur élevée, sans lésions traumatiques constatées du crâne ni de la face, sans évanouissement, sans amnésie consécutive.

M. Charpentier cite encore le cas d'une femme qui, quatre mois après une ovariotomie fut prise de troubles mélancoliques de nature ancienne avec hallucinations de l'ouïe, puis d'idées délirantes de persécution.

2e Groupe. *Des idées de persécution pendant et après les maladies aiguës.*

Pendant l'état aigu, soit sous l'influence de la température, soit sous l'influence des autres facteurs de la fièvre, les idées de persécution, par leur mobilité, par les hallucinations terrifiantes de l'ouïe et surtout de la vue qui les accompagnent, par l'incohérence et la vivacité du langage qui les exprime, se rapprochent des mêmes idées morbides du delirium tremens et du délire aigu, celui-ci reliant au point de vue du délire les maladies pyrétiques ou infectieuses aiguës, aux délires d'intoxication et surtout au délire alcoolique.

Dans la convalescence des maladies aiguës, les idées de persécution qui constituent parfois tout le délire, sont ordinairement peu vives, peu nettes, liées à des hallucinations de la vue ou de l'ouïe que les malades ne précisent pas. Elles s'effacent souvent sous l'influence d'une conversation même modérément soutenue, mais reparaissent surtout le lende-

main au réveil, avec une certaine ténacité, alimentées qu'elles sont par des rêves dus à un mauvais sommeil ; elles sont ordinairement associées à des manifestations hypothermiques du côté des téguments, à un fonds de torpeur et de mélancolie, parfois à des idées de grandeur; elles n'atteignent pas la systématisation ; elles ont parfois le caractère niais et enfantin de la paralysie générale, à laquelle elles peuvent aboutir ; le plus souvent elles disparaissent sans laisser de traces.

3e Groupe. *Persécutés à idées délirantes empruntées à des rêves.*

M. Charpentier croit qu'un certain nombre de persécutés peuvent extraire de toute pièces leurs idées morbides de rêves dont ils se souviennent plus ou moins sans être capables d'en démêler la fausseté, le rêve troublant leur mémoire. M. Charpentier a cru remarquer chez ces malades les détails suivants : ils cherchent, à l'encontre des autres persécutés, le médecin pour lui exprimer leurs idées délirantes; leur conviction est moins nette qu'ils ne le disent ; ils cèdent plus facilement aux dénégations et aux raisonnements ; leurs idées de persécution sont toujours moins nettes après une nuit de vrai sommeil. La mémoire chez eux est moins fidèle que chez les autres persécutés, même pour les faits ou rêves qui alimentent leur délire, mémoire au contraire la dernière à se perdre chez les autres persécutés. Beaucoup d'entre eux, mais non tous, sont tributaires des excès alcooliques.

4e Groupe. *Fausses ivresses, idées de persécution dont la manifestation délirante simule une ivresse.*

M. Charpentier a constaté des idées morbides de persécution chez des malades qui, pendant la manifestation de ces idées, présentaient comme caractéristique une odeur infecte, repoussante, de l'haleine avec excitation plus ou moins marquée.

M. Charpentier a vu dans les mêmes conditions les idées de grandeur sans idées de persécution. Les malades avaient l'air aviné, la parole embarrassée, trébuchant comme en état d'ivresse, la langue toujours fortement chargée avec empreinte très manifeste des dents sur le bord épaissi de l'organe, mais sans morsure ni excoriations ; il y avait élévation de la température et fréquence du pouls qui disparaissaient avec les idées délirantes entre deux et cinq jours.

5e Groupe. *Les mélancoliques anxieux qui deviennent persécutés; les auto-persécuteurs.*

Ce groupe comprend des malades dont les idées de persécu-

tion sont toujours consécutives et sont précédées de mélancolie anxieuse. M. Charpentier n'a jamais vu un seul de ces malades guérir. Quant aux idées de persécution, elles n'ont aucune caractéristique.

6e Groupe. *Persécutés congestifs pléthoriques à tempérament sanguin.*

Les idées de persécution dans ces conditions se rencontrent dans les deux sexes; chez les femmes elles ne sont pas rares aux périodes menstruelles ni à la ménopause; M. Charpentier ne les a jamais observées pendant la grossesse, ni après l'accouchement ni pendant la lactation. Le médecin de Bicêtre croit que l'attention mérite d'être fixée sur ces persécutés congestifs: 1° parce qu'il y a un parallèle entre ces troubles congestifs quand ils s'opèrent sur les centres cérébraux et les idées délirantes; 2° parce que cette congestion permet de faire rechercher une indication thérapeutique; 3° parce que l'explosion subite de leur délire, sa marche anormale, ses poussées irrégulières peuvent faire confondre, soit avec un délire des dégénérés, soit avec un délire intermittent.

Les antécédents de famille sont ordinairement des hémiplégies, affections cardiaques, hémorragies diverses.

M. Charpentier croit que beaucoup de cas de manie ou de démence incohérente doivent se rapporter à ces persécutés congestifs.

7e Groupe. *Persécutés arthritiques à forme mélancolique torpide.* Ces malades diffèrent des précédents en ce que les congestions sont passives et non actives, en ce que chez eux le système veineux est troublé primitivement et non la circulation artérielle. Chez eux, les veines du dos, des mains et des pieds, la veine dorsale de la verge, le varicocèle, les varices, les veines des régions temporales apparaissent et se dessinent prématurément. Chez ces malades les hallucinations existent mais sont mal marquées, chez ces malades les antécédents d'arthritisme sont fréquents dans la famille.

8e Groupe. *Persécutés avec hallucinations et délire systématisé.* — Trois variétés.

1re *Variété. — Persécutés primitivement sensoriels.*

Il existe des individus sujets à des hallucinations involontaires mais sans troubles délirants; ce qui est plus fréquent, c'est de voir des malades présentant des troubles de la sensibilité générale, même très accentués et très nombreux, sans délire. Certains de ces malades ne deviennent jamais aliénés,

mais le plus grand nombre deviennent, et parfois rapidement, des persécutés. Chez eux, suivant l'expression appliquée par M. Christian aux mélancoliques, la douleur se concrète en délire.

2e *Variété. — Persécutés primitivement psychiques.*

Ici l'idée de persécution est antérieure aux hallucinations et aux troubles de la sensibilité périphérique; elle naît sous l'influence de l'imagination toujours vive chez ces sujets, à l'occasion d'une peine morale souvent intense, chagrins, revers, deception. Ce n'est pas à dire que cette même cause morale ne puisse se trouver dans la variété précédente, mais chez ceux-ci ce sont les nerfs sensitifs qui reçoivent les premiers le contre-coup, tandis que chez ceux-là ce sont les centres sentants qui subissent tout d'abord l'influence nocive.

Chez ces malades, il se produit à un moment une double réaction : 1° des sensations morbides sur les idées délirantes; 2° des idées délirantes sur les sensations morbides. Dès lors, les malades de cette deuxième variété pourront être confondus avec ceux de la première.

3e *Variété. — Persécutés d'emblée sensoriels et psychiques primitivement.*

Ici le début est brusque; les phénomènes s'enchaînent et se déroulent avec rapidité; d'ordinaire, l'excitation maniaque les précède et les accompagne. Parfois l'alcool qui, dans les deux variétés précédentes, peut apporter son appoint, peut être un facteur de premier ordre dans cette variété, mais alors s'y joignent toujours les hallucinations visuelles : ceci s'observe surtout quand le malade n'est pas un buveur de profession.

9e GROUPE. *Persécutés qui aboutissent à la mégalomanie.*

Il y a beaucoup de persécutés qui aboutissent à la mégalomanie, cela est vrai, mais ce que M. Charpentier conteste, c'est l'évolution fatale à laquelle seraient soumis nécessairement ces malades avant d'aboutir à la mégalomanie, c'est la nécessité absolue de l'apparition de la mégalomanie après les périodes d'inquiétude, d'hypocondrie, de persécution, toutes les fois que la démence n'apparaît pas. Et d'abord il y a des mégalomanies qui peuvent apparaître chez tous les persécutés des groupes précédents ; de plus, il y a nombre de malades qui présentent à la fois et des idées de grandeur et des idées de persécution. Il y a aussi des mégalomanies qui apparaissent après l'inquiétude, après l'hypocondrie,

après les idées de persécution, et on peut dire de ces malades qu'ils n'ont pas parcouru toutes les phases du délire chronique de M. Magnan, parce que la mégalomanie s'imposant de suite après une des phases précédentes, a fait éclipser ou même a anéanti les phases suivantes.

M. Charpentier se range à l'opinion de MM. Dagonet et Christian affirmant qu'il y a des persécutés ayant passé par les quatre phases du délire chronique de M. Magnan, et qui ne sont jamais devenus mégalomanes, ni même déments, malgré une existence délirante très prolongée, mais il ne nie pas les faits publiés par M. Magnan.

Mais la question qu'il importe de discuter, c'est l'interprétation de l'apparition de la mégalomanie chez les persécutés, qui parait due à ce qu'un défaut capital des caractères a échappé aux observateurs.

M. Charpentier s'est demandé par quelle bizarrerie de la nature cette déduction logique, qui est une faculté de culture, de perfectionnement assez peu commune, même chez des cerveaux réputés sains, serait venue se réfugier dans des cerveaux d'aliénés ou du moins dans une classe d'aliénés, à moins d'admettre l'hypothèse d'une aliénation par surmenage, de la déduction logique, hypothèse qui serait à établir.

Cette hypothèse, pour expliquer la mégalomanie du délire de persécution, a été invoquée, parce qu'elle avait été appliquée pour l'interprétation du délire de persécution consécutif au délire hypocondriaque. Une même explication pour deux périodes d'une même maladie était destinée à satisfaire d'autant plus qu'il ne s'en présentait pas d'autre. Cette absence d'autre hypothèse s'explique par un résumé en quelques lignes de l'historique des travaux du délire de persécution.

En effet, où a-t-on trouvé tout d'abord les persécutés? chez les mélancoliques. Qu'a-t-on trouvé chez les persécutés avant le délire de persécution? l'hypocondrie. Où était classée l'hypocondrie? dans la mélancolie; et méthodiquement, pour reconstituer l'histoire antérieure de l'hypocondriaque devenant persécuté, on a été rechercher dans son existence, à partir de son enfance, les manifestations de la mélancolie, et et on a trouvé ce qui est vrai, même dans l'enfance, caractère triste, sombre, morose, vie solitaire, isolée, silencieuse, état de défiance, esprit soupçonneux, inquiet, mépris pour les camarades, ennui de l'entourage, misanthropie. Autant de vérités trouvées.

Nous ne disons pas, continue M. Charpentier, qu'en médecine on trouve tout ce que l'on cherche, ce qui est faux, quand on procède avec méthode, mais bien : on ne trouve que ce que l'on cherche, et comme on n'a cherché que des caractères mélancoliques, on n'a pas cherché ce que nous avons trouvé chaque fois que nos renseignements ont pu être exacts et complets, et que nous résumons ainsi : tout persécuté qui aboutit à la mégalomanie a été : 1° un sot ; 2° un fat ; 3° un orgueilleux ; 4° un insuffisant, toutes choses égales d'ailleurs, un insuffisant par rapport à la surélévation de ses vues ambitieuses, ou par rapport à la satisfaction de ses conceptions orgueilleuses.

Il est certain que si le royaume des cieux est fait pour les pauvres d'esprit, notre monde social est peu fait pour leur assurer les privilèges auxquels aspire leur faiblesse cérébrale, mais, au contraire, tout préparé pour leur assurer ceux qu'ils méritent et auxquels ils ne s'attendent généralement pas ; le désir de prépondérance, louable quand il répond à une organisation disposée pour ce but, attire aux sujets dont nous parlons, les moqueries dans l'enfance, les taquineries, plus tard, les hostilités plus accentuées, enfin, les déceptions, chagrins, revers, accidents communs à tout mortel, mais survenant de préférence chez ceux dont la capacité est inférieure au but poursuivi.

Ceci admis, il est inutile d'insister pour montrer comment les caractères et habitudes mélancoliques déroulent directement du caractère vaniteux, en dehors du raisonnement du malade qui devient même mélancolique inconsciemment.

Car ces malades ne se sont jamais rien expliqué, pas plus les peines morales profondes qu'ils ressentiront plus tard et qui, à leur tour, vont porter le désordre dans la sensibilité centrale et périphérique ; si alors ils ont, par intervalle, le sentiment de leur incapacité cérébrale, leur sensibilité morbide n'en sera que plus excitée, fixera d'autant leurs préoccupations et augmentera le trouble dans les idées.

A part les caractères exceptionnels et, d'ailleurs, sains d'esprit, orgueil et douleur vont mal ensemble ; idées tristes et orgueilleuses s'accommodent mal ; les unes doivent céder aux autres, et, d'ailleurs, les sensations douloureuses et, par suite, les émotions règnent en maîtresses, en sorte que cette vanité originelle ou acquise s'efface sous la domination des idées pénibles du délire de persécution ; vienne celui-ci à dis-

paraître, et le vieil homme ou, pour être moins poli mais plus juste, la vieillesse bête va reparaître, d'autant plus nette que les obstacles auront disparu, sous la forme de mégalomanie.

Telles ces plantes, dont la racine est toujours vivace, laissent pour un temps le sol qui les nourrit, se recouvrir d'une autre végétation luxuriante, mais passagère, pour reprendre, après cette végétation disparue, leur évolution primitive.

Telle la vanité, toujours vivace quoique silencieuse, reste latente dans le temps que vivent les idées de persécution aux dépens du sol cérébral qu'elles épuisent en partie, pour reprendre ensuite son développement plus libre, et atteindre une floraison d'autant plus complète que la mégalomanie sera plus accentuée.

M. Charpentier résume la pensée directrice de sa communication en disant que les idées sont, à leur appareil cérébral sécreteur et à l'économie générale qui retentit sur cet appareil en même temps qu'elle lui est en partie subordonnée, ce que les éléments de l'urine sont au système rénal et à l'économie tout entière, liée elle aussi à ce dernier par des rapports d'autorité et de réaction.

C'est par l'étude analytique des urines que la pathologie rénale a été mieux étudiée, et a concouru à une meilleure étude de la pathologie tout entière. C'est par l'étude analytique des idées morbides que nous pouvons espérer des conquêtes scientifiques au moins aussi importantes.

Suggestion, auto-suggestion et vivacité du souvenir dans le sommeil hypnotique. — Action des médicaments à distance. — Suppression momentanée des attaques hystéro-épileptiques et des vomissements nerveux, par M. J. Voisin.

Continuant ses recherches sur l'action des médicaments à distance chez les hystériques, M. J. Voisin communique une observation dans laquelle on voit que c'est la suggestion, l'auto-suggestion et la vivacité du souvenir dans le sommeil hypnotique qui seules rendent compte des phénomènes. Voici le résumé de cette observation et l'exposition des faits : la malade est endormie par la fixité du regard et la compression des globes oculaires. Le plus grand silence règne autour d'elle. Elle n'a pas entendu parler de ces expériences ni dans le service, ni dans la ville. M. Voisin approche d'elle, sans bruit, une série de flacons contenant diverses substances, flacons bien bouchés, bien cachetés, et il n'obtient aucun phéno-

mène. Quelques instants après il prend un *flacon vide*, l'approche de la malade et dit : « Je vais essayer sur cette « malade l'effet des médicaments à distance, dans ces flacons, « il y a différents médicaments, je vais les approcher successivement de la malade et il est probable que cette malade, « comme toutes les malades de sa catégorie, nous montrera « les effets physiologiques des médicaments renfermés dans « ces flacons. Voici d'abord un flacon contenant de l'alcool; « vous verrez sans doute se développer d'abord un léger « tremblement des membres supérieurs, puis des membres « inférieurs et enfin tous les symptômes de l'ivresse. Ces « effets, ajoutai-je, se développent presque instantanément, « arrivent presque tout de suite à leur apogée, puis disparaissent aussitôt que le flacon est retiré. »

Une fois cela dit, M. Voisin approche son *flacon vide* de la malade, et le tremblement et les phénomènes de l'ivresse apparaissent pour disparaître aussitôt que le flacon est enlevé.

L'expérience sur l'alcool faite, M. Voisin fait semblant de prendre un autre flacon en remuant avec bruit d'autres flacons et présente toujours un flacon vide à la malade, en disant : « Voici de la strychnine, vous verrez sans doute se produire de grands mouvements et même des convulsions. » Ce qui eut lieu; pour la pilocarpine, M. Voisin provoque la sueur et enfin, pour le sulfate de soude, il détermine des borborygmes et de la diarrhée, etc.

Deux mois après cette première expérience, M. Voisin endort de nouveau la malade et approche d'elle toujours un *flacon vide*, en disant seulement ceci : « J'approche de cette malade un flacon et vous verrez qu'elle saura distinguer le médicament qu'il contient par les symptômes qu'elle nous donnera. » M. Voisin fait semblant de changer six fois de flacon en les remuant avec bruit et toujours il présente un flacon vide, et à chaque changement supposé de flacon, il voit se dérouler tous les symptômes qu'il avait vus dans sa première expérience et cela dans le même ordre. « N'est-ce pas là, « dit M. Voisin, un phénomène de mémoire? Ne peut-on pas « expliquer par cette vivacité du souvenir, les causes d'erreurs « de certains auteurs ?

« Supposons en effet qu'au lieu d'employer un flacon vide, « j'aie employé la première fois des flacons contenant des « substances annoncées et qu'au bout de deux mois, je refasse

« mon expérience en ne disant pas un mot sur les substances « contenues dans mes flacons, mais en présentant mes flacons « dans le même ordre que lors de ma première expérience. « N'aurais-je pas été convaincu de la réalité du phénomène, « ainsi que toutes les personnes qui m'auraient assisté dans « cette expérience ? C'est peut-être de cette manière qu'ont été « induits en erreur plusieurs auteurs. »

M. Voisin croit que l'observation qu'il communique prouve une fois de plus que les médicaments enfermés hermétiquement dans un vase agissent ainsi à distance par suggestion et auto-suggestion, et que la mémoire est très vive dans le sommeil hypnotique. Grâce à cette mémoire, on pourra expliquer des faits restés jusque-là inexplicables.

Cette observation montre également que par la suggestion hypnotique on parvient à supprimer les attaques hystéro-épileptiques et les vomissements.

La jeune malade qui avait des attaques et des vomissements quotidiens est restée six mois sans présenter ces symptômes et a pu quitter l'hospice.

Un cas de morphinomanie se terminant brusquement par la mort, par B. Ball (1).

Séance du 27 novembre. — *Histoire d'un aliéné reformateur.* M. Ritti lit au nom de M. Jarchi l'observation d'un malade atteint de manie des grandeurs avec idées de réforme concernant la philosophie et la religion, idées érotiques et delire des persécutions.

De la période prédélirante de la paralysie générale, par M. Christian.

M.Christian communique un certain nombre d'observations de paralytiques généraux, présentant des troubles oculaires, les uns des troubles de l'accomodation (diplopie), les autres des troubles de l'appareil musculaire (strabisme, chute de la paupière, etc.). Ces troubles se ressemblent d'une manière frappante :

Ils surviennent en pleine santé apparente et d'une façon soudaine ;

Ils se dissipent, en général, assez vite, soit qu'ils restent abondonnés à eux-mêmes, soit qu'on les traite méthodiquement. Il semble que le traitement le plus rationnel et le mieux indiqué soit sans action sur eux ;

(1) Voyez *l'Encéphale*, 1887, page 641.

S'ils persistent, ils n'ont aucune tendance à s'étendre ni à s'aggraver.

De prime abord, l'explication de ces phénomènes paraît toute simple ; il semble naturel de leur attribuer une origine spécifique. Mais, d'un côté s'il n'est pas douteux que la syphilis ait réellement existé dans les antécédents de quelques-uns des malades, il en est d'autres chez lesquels il est certain qu'il n'y a jamais eu aucune trace d'infection. De plus, le traitement spécifique le mieux conduit reste impuissant, il n'existe aucune altération syphilitique concomitante ; la lésion primitive n'a aucune tendance à s'étendre ni à s'aggraver ; enfin, à l'autopsie il n'y a ni gomme ni exsudat.

Aussi M. Christian, bien loin de considérer encore ces troubles oculaires comme des accidents syphilitiques, leur attribue une origine toute différente et les rattache franchement au processus morbide de la paralysie générale elle-même. Et d'ailleurs, si on envisage ces troubles oculaires d'une façon générale, on ne peut s'empêcher de leur trouver une analogie singulière avec ceux qui ont été décrits chez les ataxiques. Si, dans le tabes, la diplopie, les paralysies musculaires, etc., sont avec raison considérées comme de véritables symptômes de la maladie, caractérisant une période déterminée de son évolution, pourquoi n'en serait-il pas de même dans la paralysie générale ?

L'analogie sera encore bien plus évidente si, au lieu de considérer les troubles oculaires isolément, on les rapproche d'une série d'autres troubles, également nerveux, assez graves pour faire croire de prime abord à de véritables lésions organiques, que l'on rencontre chez beaucoup de paralytiques généraux.

En voici des exemples : deux malades avaient présenté des accidents gastriques d'une gravité et d'une persistance telles qu'on avait craint une lésion organique grave, un cancer. Et cependant, il suffit que la maladie mentale prît son caractère définitif, pour qu'aussitôt la digestion redevînt normale. Dans deux autres observations c'est l'intestin plutôt que l'estomac qui parut d'abord atteint. Fréquemment c'est l'appareil génito-urinaire qui paraît lésé d'abord. Plus souvent encore que la fonction urinaire, c'est la fonction génitale qui est troublée. M. Christian ne compte plus les paralytiques généraux chez lesquels, depuis un temps plus ou moins long, on avait pu constater une véritable impuissance dont la cause

prochaine restait inconnue. Les confidences que M. Christian a reçues à cet égard lui permettent de croire que c'est un symptôme des plus fréquents. Aussi la surprise est-elle d'autant plus grande quand au moment où éclate le délire, survient une excitation érotique.

Il n'est pas rare d'apprendre que certains paralytiques généraux, longtemps avant d'avoir présenté les troubles caractéristiques de la maladie mentale, ont souffert de douleurs tenaces dans les membres et dans les articulations, considérées comme des névralgies ou des douleurs rhumatismales.

Quelquefois les troubles nerveux sont vagues, indéterminés.

A tous les faits qu'il vient de rapporter, M. Christian joint ceux que l'on a décrits sous le nom de *troubles trophiques*, notamment *le mal plantaire perforant* et aussi les faits récemment signalés à l'Académie de médecine sous le nom d'*ulcérations imaginaires de la langue.*

M. Christian arrive à cette conclusion que, chez un certain nombre de paralytiques généraux (et le nombre croîtra d'autant plus qu'on s'appliquera davantage à ces recherches), on observe avant l'apparition du délire, ou si l'on préfère, avant l'apparition des symptômes cérébraux, c'est-à-dire, avant que la maladie soit confirmée, des troubles de nature fort diverse, affectant les sièges les plus variables et pouvant simuler les affections les plus graves. On peut croire tantôt à une maladie de la vessie ou des reins, tantôt à une altération organique de l'estomac, etc. En réalité il ne s'agit que de troubles nerveux. En effet, il n'y a pas de lésion organique dans les viscères qui paraissent atteints, et la preuve, c'est que tous les symptômes inquiétants peuvent disparaître, quand le malade commence à délirer, et qu'à l'autopsie il n'y a jamais aucune trace d'altération de l'organe.

Quelle est maintenant la signification de ces troubles nerveux, et comment faut-il les envisager par rapport à la paralysie générale?

Une première remarque à faire, c'est que tous ces troubles nerveux que je viens d'énumérer, troubles oculaires, gastriques, urinaires, etc., présentent une analogie frappante avec ceux que l'on observe dans le tabes. Ils ont leurs équivalents, presque leurs similaires, dans les lésions oculaires, les douleurs fulgurantes, térébrantes, les crises vésicales,

gastriques, rectales, les arthropathies, et jusque dans les troubles trophiques qui sont des symptômes si caractéristiques de l'ataxie locomotrice progressive.

Or, de même que dans l'ataxie on a réuni tous les phénomènes pathologiques en un groupe unique, constituant la période *préataxique* du tabes, — de même je propose de réunir ceux que j'ai notés chez les paralytiques généraux, leur ensemble formant la *période prédélirante* de la paralysie générale.

Ce point établi, il restera à déterminer si, déjà à cette période, il existe une lésion du système nerveux central qui puisse expliquer les troubles d'apparences si diverses. Charcot semble le croire, comme on l'a vu plus haut.

On peut supposer cependant qu'il ne s'agit que de troubles fonctionnels, puisqu'ils ne sont pas permanents.

Quoi qu'il en soit, ce sera à des recherches ultérieures d'élucider ce point. Actuellement je n'ai voulu dégager que la partie clinique du problème. Si mes vues sont exactes, il y aura un chapitre nouveau à ajouter à l'histoire de la paralysie générale.

Le médecin devra se préoccuper d'une façon toute spéciale des troubles morbides, souvent difficiles à classer, que l'on voit survenir chez l'homme dans la période de la vie où il est exposé à la paralysie générale.

On arrivera peut-être, non seulement à trouver les signes différentiels qui permettent de prédire l'apparition prochaine, soit du tabes, soit de la paralysie générale, à une époque où actuellement nous ne pouvons rien dire encore. Peut-être aussi trouvera-t-on les remèdes, qui, appliqués à cette période, empêcheront l'évolution ultérieure du mal.

M. P. Garnier critique la dénomination adoptée par M. Christian de *période prédélirante* et lui préfère celle de *période prodromique*, parce que la première semble impliquer comme nécessaire et indispensable, l'existence du délire dans la paralysie générale dès que la maladie est confirmée. D'un autre côté, M. Garnier trouve trop exclusive la limitation à cette même période des phénomènes dont M. Christian a donné la description, phénomènes que l'on rencontre à une période beaucoup plus avancée de la maladie.

M. Ballet considère tous les troubles signalés par M. Christian comme des troubles tabétiques par leur siège, leurs caractères, leur mode d'apparition, leur marche par accès.

Il y aurait plutôt lieu de considérer ces cas comme des combinaisons d'ataxie locomotrice et de paralysie générale que d'ouvrir un chapitre nouveau sur cette question.

M. Féré signale parmi les symptômes que l'on peut rencontrer au début de la paralysie générale des *crises de courbature* déjà indiquées par M. Pitres, et s'associe aux réserves faites par M. Ballet sur la nature médullaire des troubles décrits par M. Christian.

M. Falret. — Cette question des rapports de l'ataxie locomotrice avec la paralysie générale a été souvent étudiée. M. Baillarger en a publié plusieurs observations ; mais la question est encore pendante, parce que les autopsies sont rares. Ainsi M. Masson, un de mes élèves, a fait de cette question le sujet de sa thèse, dans laquelle il a rapporté un certain nombre d'observations, mais toujours sans autopsies.

Quoi qu'il en soit, on peut envisager cette question des rapports de l'ataxie locomotrice de trois façons différentes : ou bien on peut admettre la combinaison de ces deux affections, ou bien on peut considérer que le mal s'est propagé de haut en bas (propagation descendante), ou de bas en haut (propagation ascendante). J'ai observé parfois des paraplégiques qui sont devenus paralytiques généraux et chez lesquels la paraplégie avait disparu lorsque le délire s'est établi.

Hallucinations auditives à la suite de troubles de l'ouïe.

M. Gilbert Ballet fait une communication sur un cas d'hallucinations auditives, survenues à la suite de troubles de l'ouïe.

Il s'agit d'un malade âgé de trente huit ans, actuellement en observation à l'hôpital Broussais, qui, à la suite de chagrins de famille, ressentit, au cours de l'année 1886, des bourdonnements d'oreille limités au côté gauche au début, puis bilatéraux.

Les hallucinations apparurent peu de temps après. Elles consistèrent tout d'abord en des bruits vagues, et se caractérisèrent bientôt avec plus de netteté. Actuellement, le malade entend des voix qui sont toujours celles de son oncle ou de sa femme. Ces voix le « suivent pas à pas » pendant une, deux heures de suite, quelquefois plus. Elles sont tantôt menaçantes, tantôt impératives, tantôt moqueuses. Elles disent, par exemple : « Nous te surveillons; tu ne tueras

personne; tu ne déshonoreras pas ta famille; ne pense plus à ta famille, c'est une coquine; pense à ta mère, etc... » Le malade les entend aussi bien de l'oreille droite que de l'oreille gauche. Il ne s'abuse nullement sur leur nature, et s'est toujours rendu parfaitement compte qu'il est le jouet d'une obsession maladive. Les hallucinations sont presque constamment précédées de bourdonnements d'oreille.

Ce cas, fait observer M. Ballet, semble au premier abord donner raison aux auteurs (Ball, Régis, Boucheron) qui subordonnent certaines hallucinations aux troubles des organes des sens.

Mais il n'y a là qu'une apparence. Discutant son observation, M. Ballet montre que son malade était un nerveux bien avant d'être un halluciné, que si chez lui les hallucinations se montrent d'ordinaire à la suite et peut-être à l'occasion des bourdonnements d'oreille, elles naissent aussi sous l'influence de diverses impressions d'un autre ordre, impressions visuelles, par exemple. Il s'agit là, en somme, d'un sujet chez lequel la plupart des réactions nerveuses se traduisent par l'hallucination de l'ouïe, comme chez d'autres, elles se traduisent par des impulsions par exemple.

M. Ballet ne pense pas qu'un trouble sensoriel puisse, de toute pièce, engendrer des hallucinations. Ce trouble intervient tout au plus à titre de cause occasionnelle, comme le fait, chez certains individus, une simple impression auditive. A ce propos, M. Ballet rapporte le cas curieux de Paolofsky, cité par Tourgueneff. Paolofsky, étant en prison, éprouvait des hallucinations de l'ouïe très nettement caractérisées, lorsqu'il lui arrivait de produire, en marchant dans sa cellule, un certain bruit avec ses pantoufles.

Ce n'est pas la cause occasionnelle, c'est la prédisposition nerveuse qui crée l'hallucination.

Dans les cas analogues à celui de M. Ballet, on a affaire à des dégénérées qui ont des perceptions fausses, comme d'autres ont des impulsions, de l'onomatomanie, de l'inversion du sens génital. Au point de vue de la physiologie pathologique, on peut envisager l'hallucination verbale de l'ouïe comme le résultat d'une excitation morbide du centre des images auditives des mots. On serait en droit dès lors de la rapprocher de certaines formes d'onomatomanie, qui semblent dépendre d'une excitation anormale du centre des images verbales motrices.

Les hallucinations auditives, analogues à celles observées chez le malade dont il s'agit, doivent être rangées parmi les stigmates psychiques de la dégénérescence. Elles présentent, en effet, les deux caractères principaux de ces stigmates; en premier lieu, elles sont obsédantes, et déterminent chez le malade un état d'angoisse des plus pénibles; en second lieu, elles sont conscientes, en ce sens que le malade ne s'abuse pas sur la réalité des voix qu'il entend.

M. Ball. — Messieurs, le cas très intéressant que vient de vous rapporter M. Ballet et les commentaires dont il l'a fait fait suivre, ne me paraissent pas conduire au renversement de la doctrine que j'ai déjà formulée dans mon enseignement, et que j'ai consignée dans une communication à l'Académie. Je n'ai jamais nié la part que prend l'intelligence aux phénomènes de l'hallucination; j'ai seulement dit que le point de départ de toute hallucination était un trouble sensoriel. Ce point de départ une fois donné, c'est dans le trésor de la mémoire que l'esprit du malade puise les éléments qui donnent une forme et pour ainsi dire un *costume* à l'hallucination.

Or, le malade de M. Ballet présente des hallucinations *élémentaires*, puisqu'il a des bourdonnements; de plus, il a l'appareil auditif malade, puisqu'il présente de l'hyperacousie. Ces deux faits semblent établir l'existence d'un état morbide, sur lequel les hallucinations de l'ouïe peuvent facilement venir se greffer, si les prédispositions individuelles sont favorables, et c'est précisément ce qui semblerait exister dans le cas présent.

Séance du 27 décembre. — *Hématome de l'oreille.*

M. Christian présente au nom de M. Mabille, un mémoire sur l'*hématome de l'oreille* au point de vue anatomo-pathologique. Dans un ancien travail sur ce sujet qui obtint le Prix Esquirol en 1878, M. Mabille soutenait que cet épanchement de sang ne se fait ni entre le périchondre et le cartilage, ni dans le périchondre, mais entre le périchondre et la peau. Depuis cette époque, il a pu examiner des malades qui avaient succombé pendant la pleine évolution de l'hématome et qui viennent confirmer ses affirmations précédentes. Il envoie à l'appui de cette manière de voir une pièce anatomique récente.

M. Motet pense le contraire, et croit que l'hématome se

produit entre le périchondre et le cartilage, entraînant des déformations du cartilage qui se comprendraient peu avec un épanchement sous-cutané, et qu'on évite facilement par une intervention rapide.

Délire chronique (de persécution).

M. Camuset. Le délire chronique, tel que le comprennent MM. Magnan, Garnier, etc., n'est pas une entité morbide simple, mais une grande classe renfermant plusieurs variétés. Les influences extérieures influent d'une manière très caractéristique sur la forme et les manifestations du délire. Les uns sont des persécutés type Lasègue, d'autres des mystiques, d'autres des mélancoliques anxieux devenant des délirants chroniques réguliers, etc. etc. A côté des délirants chroniques tels que les décrit Magnan, il y a des délirants chroniques irréguliers, chez lesquels prédomine, soit le mysticisme, soit la persécution, soit la mélancolie anxieuse ou l'hypochondrie. Mais les délirants chroniques ne sont pas des dégénérés héréditaires, bien qu'ils soient évidemment des prédisposés. Aussi faut-il admettre deux grandes classes de vésanies : le délire chronique évoluant d'une façon systématique et, en opposition, le délire des dégénérés.

Ch. V.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Année 1887)

Séance du 9 avril. — *Névrites périphériques expérimentalement provoquées par des injections hypodermiques de diverses substances*, par MM. A. Pitres et Vaillard.

Conclusions : 1° Il est possible et facile de déterminer expérimentalement des névrites périphériques par l'injection hypodermique de substances diverses au voisinage des troncs nerveux ; 2° il est possible et facile de produire par ce moyen soit des névrites légères qui s'accompagnent seulement de troubles de la sensibilité, soit des névrites graves qui abolissent à la fois les fonctions motrices et sensitives des nerfs.

Séance du 23 avril. — *Fait nouveau à l'appui de la théorie d'après laquelle l'anesthésie, dans les cas de lésion partielle de la moelle épinière, dépend, non d'une section de conducteurs, mais d'une inhibition,* par M. Brow-Séquard.

L'hémisection de la moelle épinière à droite, au niveau de la sixième vertèbre dorsale chez un singe, a produit aussitôt de l'analgésie à un degré notable, et cette perte de sensibilité s'est augmentée, dans l'espace de quarante-huit heures, dans un membre recevant ses nerfs d'une partie de la moelle qui n'a en rien été séparée de l'encéphale. Il suit de là que l'anesthésie, dans les lésions du centre nerveux rachidien, peut être due à autre chose qu'une simple section de conducteurs d'impressions sensitives. Ce fait nouveau est donc en parfaite harmonie avec ceux, déjà nombreux, publiés par l'auteur, montrant que c'est par inhibition que les lésions locales de la moelle épinière agissent pour déterminer de l'anesthésie.

Noyau d'origine dans le bulbe rachidien des fibres motrices ou cardiaques du nerf pneumogastrique : noyau cardiaque, par J.-V. Laborde.

Il résulte de recherches expérimentales appropriées, qu'il existe dans le bulbe rachidien un point localisé, dont la lésion expérimentale (excitation mécanique ou piqûre) provoque l'*arrêt momentané, diastolique, primitif* des mouvements du cœur, sans que les mouvements thoraciques respiratoires soient en même temps suspendus ; en ce cas, la dissociation fonctionnelle, entre les mouvements du cœur et les mouvements respiratoires est réalisée de façon à amener l'arrêt du cœur, pendant que la respiration continue ; c'est-à-dire le contraire de ce qui était jusqu'à présent connu, à savoir, la suspension des mouvements respiratoires, le cœur continuant à battre.

Innervation de la vessie, par MM. G. Arthaud et A. Duprat.

Conclusions : Le dernier ganglion lombaire paraît être le centre de réception des incitations nerveuses qui déterminent les mouvements combinés de miction et de défécation ; tandis que le premier ganglion de la chaîne sacrée paraît être plus spécialement destiné aux incitations exclusivement vésicales.

Paralysie expérimentale infectieuse, par M. CHARRIN.

L'auteur présente un lapin atteint de paraplégie. La paralysie porte à la fois sur le mouvement et sur la sensibilité à la piqûre. De plus, il y a atrophie des masses musculaires, diminution des réflexes tendineux, rétention d'urine, absence de contracture et de troubles trophiques.

Ces résultats ont été obtenus en injectant dans les veines, à intervalles séparés et à faibles doses, quelques gouttes de culture du bacille de Gessard, culture dont la pureté avait été éprouvée par l'isolement sur les plaques et l'examen histologique.

Séance du 30 avril. — *Sur l'existence dans chacun des hémisphères cérébraux de deux séries de fibres capables d'agir sur les deux moitiés du corps, soit pour y produire des mouvements, soit pour déterminer des phénomènes inhibitoires*; par BROWN-SÉQUARD.

L'auteur a trouvé depuis longtemps un grand nombre de faits conduisant aux notions doctrinales exprimées dans le titre de cette note.

Durant les cinq ou six dernières années, il a vu que la faradisation de la circonvolution du corps calleux (le *Gyrus fornicatus* de quelques auteurs), dans une grande partie de son étendue, et surtout au voisinage du lobe paracentral, occasionne très souvent des mouvements, quelquefois très forts des deux membres du côté correspondant. Ces jours-ci, il a constaté de nouveau ce fait sur un singe (macaque) et l'a étudié avec le plus grand soin.

Séance du 7 mai. — *Faits montrant que c'est parce que le bulbe rachidien est le principal foyer d'inhibition de la respiration qu'il semble être le principal centre des mouvements respiratoires*, par M. BROWN-SÉQUARD.

D'une part, le centre prétendu principal de la respiration dans le bulbe peut être détruit, sans que les mouvements respiratoires disparaissent ou s'affaiblissent notablement et, d'une autre part, les irritations par destruction mécanique ou par simple influence dynamique de ce prétendu centre principal, peuvent faire disparaître complètement et irrévocablement, par inhibition, l'activité respiratoire dans toutes les parties de l'encéphale, de la moelle épinière ou du diaphragme (1), qui en sont douées.

(1) Ce n'est pas par erreur que M. Brown-Séquard considère le dia-

Il faut donc conclure que le *bulbe rachidien contient le principal foyer d'inhibition de la respiration et non, comme on le croit, le principal centre des mouvements respiratoires.*

Séance du 14 mai. — *Des névrites provoquées par les injections d'éther au voisinage des troncs nerveux des membres*, par MM. A. Pitres et L. Vaillard.

Les injections d'éther sulfurique sont fréquemment employées depuis quelques années dans un but thérapeutique. Elles sont habituellement inoffensives, mais, dans un nombre déjà trop considérable de cas, elles ont été suivies d'anesthésie cutanée, de paralysies motrices persistantes ou même de troubles trophiques sérieux. Quelques expériences sur les animaux, faites dès 1877 par Mlle Ocounkoff, pouvaient faire prévoir la possibilité de ces accidents qui ont été observés depuis, dans la clinique humaine, par MM. Peter, Barth, Charpentier et Barbier, Hadra, Remak, Mendel, etc. Notre ami M. Arnozan en a publié plusieurs exemples et, avec l'aide de M. Salvat, il a institué une série d'expériences pour étudier le mécanisme de leur production. Il résulte clairement de ses recherches que les paralysies motrices et sensitives succédant aux injections d'éther sont d'origine névritique.

Les faits exposés par MM. Pitres et Vaillard prouvent que l'éther mis au contact des fibres nerveuses vivantes détermine une *nécrose immédiate* des fibres qu'il a atteintes. Il agit comme un poison chimique du nerf. Au niveau des points nécrosés, les tubes nerveux subissent une désintégration lente et sont résorbés molécule à molécule. Au-dessous, ils dégénèrent selon le mode Wallerien, comme le feraient des nerfs sectionnés.

Ces faits, pensent les auteurs, ont un certain intérêt théorique, car ils expliquent l'un des modes de production des névrites périphériques, en dehors de toute intervention des centres nerveux. Il n'est pas impossible qu'ils aient des applications pratiques, car si les injections d'éther, poussées au voisinage des troncs nerveux, sont susceptibles de provoquer des nécroses locales des nerfs, équivalant physiologiquement à la section de ces nerfs, ne serait-il pas rationnel de les

phragme comme possédant la puissance respiratoire. Il croit, en effet, qu'il est doué de cette puissance, bien qu'à un faible degré, indépendamment de toute influence du centre cérébro-rachidien.

employer dans un certain nombre des cas cliniques pour lesquels on pratique aujourd'hui l'élongation ou la névrotomie ?

Recherches expérimentales sur la tête des animaux décapités, par M. Paul LOYE.

Les mouvements qui se manifestent dans la tête des décapités ont reçu deux interprétations bien différentes. Ils ont été considérés par certains auteurs (Sœmmering, Œlsner, Sue, J. de Fontenelle, etc.,) comme des mouvements volontaires témoignant de l'intégrité des fonctions psychiques ; ils ont été regardés par d'autres (Sédillot, Cabanis, Léveillé, Gastellier, Wedekind, etc.,) comme des mouvements automatiques ou réflexes, analogues à ceux qui surviennent pendant une attaque d'épilepsie ou d'apoplexie.

M. Loye se croit autorisé à conclure de ses recherches que les mouvements qui se produisent dans la tête des décapités ne sont pas des mouvements volontaires.

En effet, les mouvements qui se passent dans la face du chien après la décapitation, sont les mêmes que ceux qui se produisent chez les animaux endormis par le chloroforme.

Séance du 28 mai. — *Tabes bénins*, par M. le Dr BABINSKI, chef de Clinique à la Salpêtrière.

Le pronostic de l'ataxie locomotrice est, comme on le sait, très grave ; l'évolution de la maladie est généralement progressive, et ce n'est qu'avec de grandes réserves que certains médecins signalent des cas dans lesquels le tabes se serait atténué ou aurait fini par disparaître.

Duchenne de Boulogne (1) a affirmé pourtant que, dans des cas exceptionnels, l'ataxie pouvait rétrograder.

Leyden (2), Rosenthal (3), Hammond (4), semblent très sceptiques en ce qui concerne la possibilité de la guérison du tabes.

Rocvill pense, et c'est là une opinion qui est assez répandue, qu'un certain nombre de malades considérés comme ataxiques guéris, ne sont, en réalité, que des individus atteints d'irritation spinale.

(1) Duchenne de Boulogne, *L'électrisation localisée*, 3e édition.
(2) Leyden, *Traité clinique des maladies de la moelle épinière*.
(3) Rosenthal, *Traité clinique des maladies du système nerveux*.
(4) Hammond, *Traité des maladies du système nerveux*.

Mon maître M. le professeur Charcot, enseigne au contraire depuis longtemps que le pronostic des formes frustes du tabes, sur lesquelles il a le premier attiré l'attention, est beaucoup moins grave qu'on ne le croit généralement, que les rémissions sont possibles et que la maladie peut même rétrocéder jusqu'à guérison presque complète, sinon complète.

M. le professeur Fournier admet que le tabes peut au moins s'arrêter dans son évolution.

Strümpell partage, de son côté, cette opinion.

Dans la note présente, M. Babynski fait connaître trois observations, dans lesquelles le tabes a retrocédé et s'est terminé par guérison presque absolue. L'une de ces observations est accompagnée d'autopsie, et elle est par conséquent d'une importance fondamentale.

Séance du 4 juin. — *Action thérapeutique de la suggestion*, par M. Bremand.

L'auteur rapporte 1° une observation de manie chez une nouvelle accouchée guérie par la suggestion, 2° un cas de délire alcoolique également guéri par la suggestion.

Paralysie par courant électrique d'origine tellurique, par M. le Dr Onimus.

Il s'agit de phénomènes paralytiques (paralysie alterne, affaiblissement généralisé du système musculaire, contraction fibrillaire), survenus à la suite d'un choc électrique par le tremblement de terre.

Effets de l'hypnotisme sur l'insomnie, par Ch. Richet. — D'après M. Richet l'insomnie nerveuse, l'agitation, l'hyperexcitabilité névropathique, qui n'est pas liée à un trouble organique matériel, peut presque toujours s'amender et même se guérir par le somnambulisme, même dans le cas où les médicaments hypnotiques, comme le chloral, l'opium, la morphine, le bromure de potassium, ont été employés à dose forte sans grand succès ou au moins sans succès durable, l'hypnotisme est efficace et même très rapidement efficace.

Sur le traitement de la migraine ophtalmique accompagnée, par MM. Gilles de la Tourette et P. Blocq.

Constituant une entité séméiologique distincte, la migraine ophtalmique se différencie nettement des autres migraines par plusieurs signes qu'on pourrait dire spécifiques. M. Charcot en distingue deux variétés, non seulement au point de

vue de la complexité des phénomènes, mais aussi quant à la gravité du pronostic.

L'une, migraine simple, n'est constituée que par des douleurs de tête et des troubles visuels; l'autre, *migraine accompagnée*, offre, outre les signes précédents, de l'aphasie transitoire, des troubles sensitifs ou moteurs plus ou moins accentués du côté de la face et des membres.

Réduite à sa plus simple expression, c'est-à-dire à l'obnubilation passagère de la vue sous forme d'hémiopie et de scotome scintillant, elle est une affection incommode et relativement gênante, si les attaques en sont fréquentes. Mais, dès qu'elle est *accompagnée*, elle revêt des allures inquiétantes. En effet, lorsqu'il survient de l'aphasie, des sensations de fourmillement d'un côté du corps, ou encore des accidents parétiques, et même plus, des accès épileptoïdes, quelques transitoires que soient tout d'abord ces phénomènes, ils n'en constituent pas moins une affection sérieuse. Pour peu qu'il souffre à des intervalles rapprochés de crises de ce genre, le malade, on le conçoit aisément, est obligé de renoncer à ses occupations journalières.

Mais ce n'est pas en cela seulement que consiste la gravité d'un tel état; ainsi que l'ont montré MM. Charcot et Féré, chacun des symptômes ordinaires de la migraine ophtalmique hémiopie, aphasie, troubles de la sensibilité, paralysie, après être resté transitoire, peut persister pendant plus ou moins longtemps, et même s'ètablir à l'état définitif.

En somme, gênante toujours, grave souvent assez pour compromettre le travail, entraînant quelquefois des infirmités permanentes, telle est, au point de vue pronostique, la migraine ophtalmique.

Que si donc, thérapeutiquement parlant, elle est négligeable dans le premier cas, dans tous les autres elle devra être énergiquement combattue;

Dans les cas de ce genre, M. Charcot institue une médication qui réussit le plus souvent, c'est le traitement bromuré analogue à celui qu'il préconise contre les accidents comitiaux. Pour le résumer en une formule : les malades doivent être *longtemps*, *constamment*, et *fortement* imprégnés. *Longtemps* puisqu'il s'agit toujours d'une affection tenace et rebelle; *constamment* car si l'on suspend même pour peu de temps le traitement commencé, les accidents reparaissent avec plus d'intensité encore qu'au début; *fortement*, parce

que les doses faibles sont inactives et que les doses fortes, seules efficaces, ne présentent aucun danger.

Troubles trophiques développés sur le pied d'un cobaye, consécutivement à des injections d'éther pratiquées au voisinage du tronc du nerf sciatique, par MM. Pitres et Vaillard.

Les altérations, qui se sont développées sur les deux extrémités postérieures du cobaye représentent des types différents de troubles trophiques. Les premières, celles du membre postérieur droit, fournissent un exemple de destruction ulcéreuse étendue, analogue à ce qu'on observe chez l'homme dans certains cas de lèpre et dans certaines formes d'ulcérations gangreneuses d'origine névritique. Les secondes, celles du membre postérieur gauche, sont tout à fait semblables au mal perforant plantaire qu'on rencontre fréquemment dans la clinique humaine à la suite de lésions diverses du système nerveux central ou périphérique. Toutes les deux paraissent avoir succédé à des causes accidentelles (morsure, compression) ayant agi sur des tissus dont la vitalité était modifiée par le fait de la névrite préexistante.

Séance du 18 juin. — *Note sur un cas d'hématophobie*, par M. Ch. Féré.

Il existe un certain nombre d'individus qui sont incapables de voir du sang sans éprouver une émotion très particulièrement pénible. Ces *émotifs*, qui offrent souvent en même temps d'autres caractères névropathiques, sont rarement isolés dans leur famille; lorsque le trouble dont ils souffrent n'est point héréditaire, ils ont souvent des frères ou des sœurs qui sont affectés de la même manière. On apprend quelquefois que toute une famille, sans exception, souffre de ce genre d'émotivité; il en était ainsi dans la famille de deux malades que j'ai observés à ma consultation de la Salpêtrière. L'hématophobie se présente, d'ailleurs, à des degrés très divers : certains sujets ne sont affectés que par le sang humain lorsqu'ils le voient couler d'une plaie; d'autres ne peuvent même le voir sur un linge ou autrement : d'autres ne peuvent supporter la vue d'aucune espèce de sang; d'autres sont profondément émus rien que par l'idée d'une plaie qui saigne, etc.; quelques-uns sont exclusivement affectés par le sang d'autrui. Toutes ces variétés peuvent exister dans une même famille, et chacun réagit à sa manière, les uns par de l'anxiété, d'autres par des syncopes, d'autres par attaques convulsives, épileptiques ou hystériques. Les hommes comme les femmes

peuvent être atteints d'hématophobie. Les deux sujets que j'ai observés particulièrement à la Salpêtrière étaient des hommes qui venaient réclamer secours, surtout parce qu'ils étaient fort humiliés de s'évanouir comme des femmes chaque fois qu'eux-mêmes ou un autre ouvrier se blessait dans l'atelier.

J'ai, en ce moment, l'occasion d'observer un autre cas d'émotivité de ce genre qui m'a paru digne d'être signalé. Il s'agit d'une femme de quarante ans qui appartient à une famille d'hématophobes, et qui est hématophobe elle-même depuis sa plus tendre enfance; elle souffre, en outre, de manifestations hystériques. Cette femme a habité longtemps une ville de province où elle a été atteinte de plusieurs affections pulmonaires graves, pour lesquelles on a jugé à propos de pratiquer des saignées; elle en a eu une à chaque pli du coude. Prévenu de son émotivité spéciale, le médecin a, à chaque opération, pris soin d'éviter à la malade la vue des instruments et du sang. Cependant, à chaque fois, la malade eut une syncope comme elle en avait eu dans toutes les circonstances où elle avait vu du sang couler, en si petite quantité que ce soit.

J'ignorais tout ce qui précède lorsque j'eus à examiner cette femme qui était atteinte d'une névralgie intercostale. Pendant que je l'explorais, la malade tomba tout à coup en syncope. Après quelques flagellations elle revint à elle. C'est alors que la malade me renseigna sur son émotivité congénitale, et qu'elle m'apprit que, depuis qu'elle avait subi la saignée, il lui avait été impossible de supporter une friction si légère qu'elle soit sur les cicatrices sans tomber immédiatement en syncope, tout comme si elle voyait couler du sang. Lorsqu'elle fait sa toilette, elle évite avec soin ces deux points; lorsqu'elle porte des manches trop étroites et que les plis du coude viennent à être comprimés, elle tombe en syncope. En général, sitôt qu'elle sent le contact, l'idée de sang qui coule se présente, et elle perd immédiatement connaissance. Pendant mon exploration, j'avais saisi le bras précisément au niveau du pli du coude; mais, pour cette fois, elle affirme qu'elle n'a rien senti. La syncope n'est ordinairement précédée par aucune sensation, quand elle ne s'attend pas à une irritation quelconque; alors la chute est subite, comme dans la circonstance dont j'ai été témoin.

Je ne suis pas en mesure de donner une explication physiologique de ces faits.

Séance du 25 juin. — *Notes sur les effets de l'acétanilide dans le traitement de l'épilepsie*, par M. J. L. FAURE, interne des hopitaux.

Les effets physiologiques de l'acétanilide ont été déjà décrits, et nous avons pu les contrôler sur tous nos malades. Ceux-ci accusent une sensation de picotements, de bouillonnements dans les jambes, une lassitude générale.

Le pouls est souvent accéléré, mais la température varie peu; elle serait cependant plutôt abaissée, mais de 1 ou 2 dixièmes de degré seulement.

Les urines, recueillies pendant longtemps, n'ont pas sensiblement varié comme quantité ou n'ont présenté qu'une augmentation très légère. Elles n'ont jamais contenu d'albumine.

Les voies digestives tolèrent parfaitement l'acétanilide, mais le système circulatoire présente divers troubles à peu près constants. Nous avons déjà parlé de l'accélération du pouls, il y a en outre une altération du sang, qui devient brunâtre. Cette altération se traduit au dehors par une cyanose sensible, surtout aux extrémités, aux lèvres, aux conjonctives.

Les expériences ont été faites sur des lapins (au nombre de vingt-quatre), auxquels nous avons fait ingérer quotidiennement, à l'aide de la sonde œsophagienne, un mélange à parties égales d'alcool éthylique et amylique dilué dans trois volumes d'eau. La dose d'alcool absolu, introduite de cette façon par jour et en une seule fois, était habituellement de 15 grammes : dose excessive et qui, si on compare le poids du lapin à celui de l'homme, correspondrait à l'ingestion journalière chez ce dernier d'un demi-litre d'alcool absolu (dont la moitié serait de l'alcool amylique).

Les lésions du foie commencent à devenir appréciables vers le troisième ou le quatrième mois de l'intoxication. Elles débutent exactement dans les espaces porte périlobulaires, par une infiltration de cellules embryonnaires dans le tissu conjonctif entourant les vaisseaux porte et les canaux biliaires. Plus tard, cette infiltration de leucocytes s'insinue le long des fentes interlobulaires. Vers le septième mois de l'intoxication, le lobule hépatique est cerné, sur tout son pourtour, par des traînées de cellules embryonnaires. Même chez les animaux soumis à une intoxication d'une année de durée, la lésion, quoique plus prononcée, conserve encore le

caractère surtout embryonnaire, et ne montre pas de tendance marquée à la transformation fibreuse.

Névrite du pneumogastrique au cours de la paralysie alcoolique, par M. J. Dejerine.

Au cours des symptômes présentés par les malades atteints de paralysie alcoolique (forme paralytique, forme ataxique), la tachycardie n'a pas été, que je sache, jusqu'ici signalée. Deux faits que j'ai eu l'occasion d'observer, dont l'un avec autopsie, démontrent que le pneumogastrique, lui aussi, peut participer aux altérations que produit l'alcool dans le système nerveux périphérique. Cette participation possible du vague est d'une importance qui n'a guère besoin d'être relevée, car si elle est conforme aux idées qui ont cours actuellement en fait de névrite multiple de cause toxique ou infectieuse, il n'en est pas moins vrai qu'elle contribue à assombrir le pronostic de la paralysie alcoolique, affection essentiellement curable en elle-même, lorsque les viscères n'ont pas encore subi les effets de l'intoxication. Dans un des deux cas que M. Déjerine rapporte, la principale cause de la mort doit être attribuée à l'altération des nerfs vagues; dans le deuxième, la guérison est survenue au bout de plusieurs mois.

Note sur la réfrigération du membre sain dans les cas de sciatique, par M. L. Jacquet.

Voici le fait : si dans un cas de sciatique violente, on agit avec le chlorure de méthyle sur le membre sain, on obtient une cessation immédiate de la douleur ; la marche, difficile toujours, presque impossible parfois, redevient libre et aisée; bref, on a exactement l'effet qu'amène la réfrigération du membre malade, et l'on peut impunément presser sur le trajet du nerf. M. Jacquet a traité ainsi une dizaine de sciatiques : sur ces dix cas, le résultat a été nul ou peu marqué, quatre fois seulement.

Séance du 9 juillet. — *Sur l'action physiologique et thérapeutique de l'acétanilide* par M. R. Lepine.

En résumé, *chez l'animal sain*, l'acétanilide, à la dose de 25 ou 30 centigrammes par kilogramme, ralentit, en général, le mouvement de désassimilation et m'a paru diminuer la production de chaleur; elle augmente l'énergie cardiaque et modère l'activité des centres sensitifs; elle détermine enfin la production dans le globule rouge d'une petite quantité de méthémoglobine, phénomène d'ailleurs sans gravité.

Dans les maladies nerveuses, l'acétanilide agit comme un sédatif précieux.

Sur l'acétanilide par M. PH. BONNOT

D'une expérience faite sur un chien, l'auteur croit pouvoir conclure au moins provisoirement, que l'acétanilide diminue l'excitabilité de la moelle épinière produite par la nicotine; ensuite que des doses certainement mortelles de strychnine et de nicotine ne l'ont pas été après l'emploi préalable de l'acétanilide.

Séance du 23 juillet. — *Du traitement de la sciatique par irritation cutanée du membre inférieur du côté sain*, par M. DUMONTPALLIER.

En novembre 1879, j'ai lu, à l'Académie de médecine, une note sur l'analgésie thérapeutique locale, déterminée par l'irritation de la région similaire du côté opposé du corps. Cette note était le résumé d'un grand nombre d'expériences que j'avais faites dans mon service d'hôpital en 1879.

La communication de M. Jacquet, dans la dernière séance de la Société, est une confirmation de mes expériences, et j'ai eu l'occasion ces jours derniers, en faisant usage du chlorure de méthyle, de constater, ainsi que l'a annoncé M. Jacquet, que l'irritation déterminée par cet agent chimique sur la surface de la peau du membre inférieur sain, a fait disparaître la douleur sciatique du côté opposé.

De l'ensemble des faits, bien connus de tous, il ressort qu'une irritation plus ou moins vive, *loco dolenti* ou à distance, du côté de la douleur ou du côté opposé, peut avoir pour conséquence la cessation passagère ou durable de la douleur.

Quant à l'interprétation physiologique de ces faits expérimentaux, elle peut être réservée, bien que la théorie de la dynamogénie et de l'inhibition du professeur Brown-Séquard puisse en rendre compte.

Note sur le nystagmus chez les épileptiques, par M. Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre, et M. Ed. ARNOULD, interne des hôpitaux.

Le nystagmus n'a guère été signalé chez les épileptiques que d'une manière accidentelle. Celui qui se manifeste pendant les attaques convulsives est difficile à étudier, et celui qui se manifeste en dehors des attaques a peu frappé l'atten-

tion : on n'a pas insisté sur sa fréquence ni sur sa valeur clinique. Dans le but de combler cette lacune, nous avons étudié les 170 malades entrés dans les salles des épileptiques adultes de Bicêtre, depuis le mois de février de cette année.

Nous avons tout d'abord constaté que le nystagmus est loin d'être un phénomène rare en dehors des attaques ; nous l'avons rencontré à l'état permanent chez 24 malades. On peut le voir, en outre, d'une manière passagère, dans une circonstance sur laquelle nous aurons à insister particulièrement. Il faut remarquer que nous observons sur des épileptiques hospitalisés, et par conséquent gravement atteints.

Le nystagmus peut se présenter chez les épileptiques sous différentes formes ; tantôt il est vertical (3 fois sur 24), tantôt il est rotatoire (5 fois sur 24), tantôt enfin, et plus souvent, il est latéral (20 fois sur 24). Le nystagmus latéral coïncide quelquefois avec le rotatoire (4 fois). Deux fois le nystagmus vertical était isolé, une fois il coïncidait avec le rotatoire, une fois il n'existait que sur un seul œil.

Le nystagmus, varie non seulement par sa direction, mais encore par son intensité ; on observe des variétés considérables relatives à la rapidité et à l'amplitude des mouvements oscillatoires.

Chez les épileptiques hémiplégiques, l'oscillation se fait en général du côté opposé à l'hémiplégie.

Chez plusieurs sujets non hémiplégiques, mais chez lesquels il existe une aura latérale et une prédominance des mouvements convulsifs du même côté, l'oscillation se fait du côté opposé.

Chez quelques malades, qui n'offrent de nystagmus qu'après l'attaque, l'oscillation se fait du côté opposé à la déviation des yeux pendant l'attaque.

C'est en raison de ces circonstances que nous sommes portés à croire que, chez les épileptiques, le nystagmus qui se produit en dehors de l'attaque est dû à la paralysie d'un muscle qui ne peut résister qu'imparfaitement à l'action de son antagoniste. Dans le nystagmus qui succède momentanément à l'attaque, il s'agit d'une paralysie par épuisement, analogue à celles qui ont déjà été signalées dans les membres à la suite des attaques d'épilepsie partielle.

Il était intéressant de distinguer ce *nystagmus paralytique* du *nystagmus spasmodique*, qui se produit pendant l'attaque chez un bon nombre d'épileptiques.

On trouve dans le travail de M. Prévost (1) deux observations de M. Lépine, une observation de Vulpian, et six observations de M. Charcot où le nystagmus coïncide avec la déviation conjuguée de la face et des yeux; dans une seule (l'observation XLIX, de M. Charcot) la direction du nystagmus est indiquée : il se faisait dans le sens inverse de la déviation de la face, vers le côté opposé à la lésion. M. Gadaud (2), qui rappelle la même coïncidence, en s'appuyant surtout sur les faits cités par Prévost, n'attache non plus aucune importance à la direction du nystagmus. M. Ravaud ne s'en préoccupe pas davantage (3).

D'après ce que nous venons d'exposer, nous pensons que la direction de la déviation de la secousse initiale de l'oscillation du nystagmus a la même valeur que la déviation conjuguée des yeux et de la face, et qu'en général, dans l'épilepsie hémiplégique, cette déviation se fait vers l'hémisphère malade. Il y a lieu de croire que cette direction indique aussi le siège de la lésion dynamique ou anatomique chez les épileptiques qui ne présentent aucun trouble permanent.

Les malades atteints de nystagmus étendu ont parfaitement conscience du mouvement qui détermine chez eux des sensations vertigineuses plus ou moins pénibles.

Le nystagmus s'accompagne quelquefois d'un certain degré de blépharospasme : d'autres fois, au contraire, le clignement est extrêmement rare, il semble que le mouvement du globe compense le mouvement des paupières au point de vue de la circulation des larmes et au point de vue du repos de l'organe visuel.

Pulvérisation de chlorure de méthyle sur le membre du coté sain dans la Névralgie, par M. PAUL RAYMOND, interne des hôpitaux.

Dans deux cas de névralgie sciatique, en faisant une pulvérisation de chlorure de méthyle sur le côté sain, non plus sur le trajet du sciatique, mais sur un point quelconque de la cuisse, M. Raymond a vu la guérison survenir et persister, lorsque, huit jours après, les malades ont quitté l'hôpital :

Rapprochant ces faits d'autres cas qu'il avait observés

(1) Prévost. *De la déviation conjuguée des yeux, et de la rotation de la tête dans certains cas d'hémiplégie,* 1869.

(2) Gadaud. *Étude sur le nystagmus.* Th. Paris, 1869

(3) Ravaud. *Essai clinique sur le nystagmus.* Th. Paris, 1877.

antérieurement et de ceux absolument semblables dont M. Brown Sequard a donné, devant la société de Biologie, l'interprétation, M. Raymond croit pouvoir conclure en disant qu'on se trouve en présence d'une action suspensive de l'activité nerveuse, d'une action d'arrêt ou d'inhibition, et il pense qu'il faut, avec M. Dumontpallier, assigner à ces douleurs une origine centrale.

Séance du 30 juillet. — *Note sur une crampe des écrivains consécutive à la compression du nerf cubital,* par M. Ch. Féré.

On comprend sous le nom de crampe des écrivains plusieurs formes d'impotences et de spasmes fonctionnels, et, s'il faut reconnaître que ces différents troubles se développent sur un fond commun, chez les individus présentant, à un titre quelconque, une prédiposition névropathique, ils se produisent vraisemblablement sous l'influence de causes déterminantes très diverses. Aussi, l'observation que je vais présenter n'a-t-elle pas la prétention de donner l'explication de l'ensemble des faits réunis sous le nom de crampe des écrivains; mais je pense qu'elle pourra éclairer l'interprétation de quelques cas et prêter à quelques considérations hygiéniques et peut-être thérapeutiques.

Il s'agit en somme d'un spasme qu'on peut appeler réflexe sans éclairer sa pathogénie, et développé chez un névropathe en conséquence d'une compression du nerf cubital.

Ce spasme était systématisé de telle sorte qu'il reproduit une des formes de la crampe des écrivains.

Les conditions étiologiques de ce trouble fonctionnel sont intéressantes en ce sens qu'elles permettent de soupçonner que la compression du cubital, qui est facilement réalisée, non seulement au niveau de la gouttière épitrochléenne, mais encore à la partie inférieure de l'avant-bras, comme le prouvent bien certains cas de névrites professionnelles décrites par Leudet en particulier, est capable de déterminer la crampe des écrivains chez des sujets prédisposés. Certaines attitudes de l'écriture dans lesquelles l'avant-bras porte à faux sur un angle saillant pourraient peut-être rendre compte de la production de ce spasme fonctionnel.

Gallard a déjà fait remarquer que la crampe des écrivains ne se développe pas toujours, il s'en faut, chez les individus qui écrivent le plus; mais souvent chez de hauts fonctionnaires qui écrivent peu. Il est possible que la suractivité cerébrale constitue chez ces derniers, comme on le dit, une

cause prédisposante importante ; mais le fait que je viens de rapporter montre que l'on peut provoquer une crampe des écrivains en s'endormant dans une position vicieuse.

Lésions des nerfs périphériques dans la myosclérose, par G. GRIGORESCU.

En guise de conclusion, l'auteur fait remarquer que la maladie a commencé probablement par le système nerveux, et que cette lésion, si l'on en juge par son intensité moindre vers la périphérie, est de nature centrifuge. Il est probable aussi que le tissu conjonctif interstitiel subit consécutivement l'effet de cette lésion nerveuse, et que l'altération musculaire est tout à fait secondaire.

Ce cas lui paraît très important au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, car deux opinions dominantes sont en présence : 1° lésion nerveuse dans la moelle (Barth, Lockart-Clarke, Müller, etc.) ; 2° lésion musculaire primitive (Charcot, Jaccoud, Vulpian, Poper, Laveran, etc.), et personne, qu'il sache, n'a observé les lésions qu'il communique.

Séance du 15 octobre. — *Note sur un cas de vertige nystagmique chez un épileptique* par Ch. FERÉ.

Il s'agit d'un cas dans lequel la coïncidence d'accès de vertige avec le nystagmus a présenté un intérêt particulier.

Séance du 22 octobre. — *Fait relatif à l'étude des paralysies névritiques chez les ataxiques* par MM. PITRES et VAILLARD.

En résumé, un malade présente, dans le courant d'une ataxie locomotrice progressive, une paralysie du muscle releveur de la paupière supérieure gauche et de certains muscles du globe de l'œil du même côté. Il meurt, huit mois après, sans que ces muscles aient repris leurs fonctions. A l'examen anatomopathologique on constate dans la moelle épinière et les racines postérieuses rachidiennes les lésions vulgaires du tabes. De plus, on découvre une atrophie manifeste des muscles paralysés et des fibres nerveuses qui s'y rendent, tandis que les muscles voisins non paralysés et les rameaux nerveux qui les innervent ont toutes les apparences de l'état normal.

Malgré quelques lacunes regrettables (absence d'examen direct du noyau d'origine de la troisième paire et de plusieurs rameaux nerveux de l'orbite), cette observation mérite, croyons-nous, de prendre place parmi les faits destinés à servir de base à l'histoire des *paralysies d'origine névritique*

chez les tabétiques. Deux circonstances semblent en effet, devoir faire écarter, dans le cas actuel, l'hypothèse d'une paralysie d'origine nucléaire : ce sont : d'une part, la conservation des fonctions de certains filets provenant du même tronc que les rameaux paralysés ; d'autre part, la différence de gravité des lésions révélées par l'examen microscopique dans les diverses branches de la troisième paire. Selon toute vraisemblance, une lésion primitive du noyau d'origine du moteur oculaire commun gauche aurait déterminé une paralysie totale de ce nerf et une dégénération uniforme de toute ses branches. Or, les filets ciliaires n'étaient pas paralysés, puisque les deux pupilles étaient égales et moyennement dilatées ; et toutes les branches du nerf n'étaient pas également altérées, puisque le rameau du muscle droit interne contenait encore un grand nombre de tubes à myéline sains, tandis que les rameaux du muscle droit supérieur et du releveur de la paupière supérieure ne renfermaient que des fibres réduites au dernier degré de l'atrophie. Par ces considérations on est conduit à rapporter les phénomènes de paralysie atrophique, observés du vivant du malade, aux altérations des nerfs périphériques révélées par l'examen histologique et à supposer que ces altérations ne dépendaient pas d'une lésion centrale préexistante siégeant dans le noyau d'origine de la troisième paire.

Des rapports du système nerveux et de la nutrition par M. le Dr MANUEL LEVEN.

Les études cliniques sur la nutrition que je fais depuis plusieurs années m'ont démontré que la nutrition est tout à fait subordonnée à l'état du système nerveux: elle est normale tant que ce système nerveux est calme et ne produit aucune sensation morbide, et elle se dérange dès qu'il détermine des phénomènes pathologiques.

La nutrition ne peut se juger que par les produits excrémentiels de l'urine et du poumon, par les globules du sang, par l'engraissement excessif ou l'amaigrissement de l'individu.

Lorsque le système nerveux est malade, la quantité d'urée, qui est à l'état normal de 28 gr. pour 1,250 gr. d'urine en vingt-quatre heures, tombe au chiffre de 5, 6, 8 gr. en vingt-quatre heures.

Le nombre de globules sanguins baisse de plusieurs millions.

La quantité de graisse qui se développe dans le tissu cellulaire augmente dans des proportions considérables; l'obésité paraît et croît avec les souffrances du système nerveux; tous les aliments que prend l'obèse, de quelque nature qu'ils soient, tendent à faire de la graisse, ou bien il maigrit, quelque soit l'alimentation. Si le système nerveux se guérit, l'urée revient à son taux normal lentement; sa quantité augmente tous les trois ou quatre jours et elle va vers le chiffre vingt-huit en moyenne; de même le nombre de globules augmente progressivement, enfin la graisse diminue, disparaît ou bien l'individu amaigri engraisse.

Ce qui revient à dire que les altérations diverses de la nutrition, caractérisées par la diminution de l'urée, des globules sanguins, l'augmentation ou la diminution du tissu adipeux, ne dépendent pas du défaut d'une substance médicamenteuse ou d'un aliment, mais elles sont régies par le système nerveux seul qui fait des urines normales, un sang normal et des tissus normaux.

Note sur les lésions histologiques de l'intoxication morphinique subaiguë, par M. PILLIET, aide préparateur d'histologie.

Les dissociations de l'écorce cérébrale dans la morphine de Binz et de Kochs (1), les myélites expérimentales de Tigges en 1883 (2) paraissent montrer que la morphine peut déterminer des lésions visibles de éléments nerveux. Pour vérifier, nous avons donné de la morphine en injections sous-cutanées à deux chiens adultes, de taille moyenne, pendant trois semaines, en augmentant de 1 centigramme tous les deux jours. Au bout de ce temps, les animaux prenaient 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine par jour; des abcès commencèrent au niveau des points piqués, et, pour ne pas avoir des lésions compliquées par la suppuration, on abattit les chiens malgré le peu de durée de l'intoxication. A ce moment, ils présentaient une hébétude marquée, ne remuaient que peu, ne mangeaient plus. Pourtant les piqûres leur étaient toujours douloureuses.

L'autopsie a révélé l'existence d'une altération manifeste des éléments parenchymateux du cerveau et du foie, altéra-

(1) *Centralbbalt f. klin. Med.* (Leipsig. 1886)

(2) Anal. *in Journal of American. Med Association.* 1886, mai. vol. VI, p. 485.

tion se faisant à froid, sans infiltration embryonnaire ni sclérose; cette altération, c'est de la stéatose, d'abord interstitielle, puis collectée. D'autres alcaloïdes et des poisons minéraux donnent des stéatoses cérébrales et hépatiques assez voisines; celle-ci n'est donc pas spécifique.

Séance du 29 octobre. — *Influence de la position de la tête sur les propriétés des prétendus centres moteurs et sur les manifestations morbides des cerveaux lésés* par M. Brown-Séquard.

Dans ses expériences, l'auteur, toutes les fois qu'il a vu de la contracture exister dans les deux membres antérieurs après une lésion du cerveau d'un côté, lorsque l'animal avait la tête et le tronc tenus sur le côté de cette lésion, a vu aussi que la contracture cessait ou diminuait et était remplacée plus ou moins complètement par de l'agitation lorsqu'il changeait sa position en mettant le tronc et la tête sur le côté opposé à celui de la lésion cérébrale.

De ces faits M. Brown-Séquard conclut :

1° Que dans les expériences sur l'encéphale, il faudra désormais tenir le plus grand compte de la position de la tête; 2° que chez l'homme, dans les cas de maladies ou de lésions traumatiques du cerveau, il faudra aussi s'occuper de la position de la tête sur l'oreiller.

Séance du 5 novembre. — *Recherches sur la physiologie du cervelet*, par le M. Dr Eugène Dupuy.

Il est facile d'observer, après les lésions du cervelet chez les animaux, tous les phénomènes décrits par Flourens et ceux qui l'ont suivi jusqu'aujourd'hui. On trouve ainsi des arguments tirés de faits expérimentaux, pour établir presque toutes les théories reçues à différentes époques depuis Rolando jusqu'à Ferrier et ceux qui le suivent. Mais si l'on a soin de faire l'ablation du cervelet complètement, les pédoncules coupés entièrement et au même niveau, le tout en un seul temps, on ne voit aucun symptôme locomoteur survenir chez l'animal en expérience (chien jeune, lapin, cobaye). Le seul phénomène frappant qui existe est un affaiblissement extrême de la force des mouvements de l'individu tout entier, en comparant la faiblesse qui suit l'ablation des lobes cérébraux à celle qui provient de l'ablation du cervelet, on est surpris de voir que l'animal conserve plus de force dans le premier cas que dans le second.

Je ne sais pas s'il faut comprendre le cervelet comme un organe de renforcement, comme certains le soutiennent

depuis Rolando, mais les résultats que j'ai obtenus il y a quinze ans m'ont frappé, parce que chacun sait combien sont faciles à observer les troubles locomoteurs si remarquables qui suivent les lésions et même les simples piqûres du cervelet ou de ses pédoncules. M. Brown-Séquard insiste, on le sait, sur la différence qu'il y a entre une cessation d'action et une perversion ou augmentation morbide à la suite de la lésion d'un même organe nerveux.

Un fait digne d'attention en l'espèce, c'est que l'ablation du cervelet cause des troubles circulatoires plus profonds, à la moelle allongée et à la base de l'encéphale, que l'ablation des lobes cérébraux.

J'ai l'intention de revenir sur ce point de la physiologie du cervelet et de montrer que cet organe n'est pas le siège des fonctions qui lui ont été jusqu'ici attribuées.

Antipyrine contre le mal de mer, par M. le Dr Eugène Dupuy. — J'ai eu l'occasion de me servir d'antipyrine contre le mal de mer, avec un succès constant, dans les onze cas où ce médicament a été employé. Les troubles résultant du mal de mer me paraissent partir du bulbe (vomissement, altération du rythme respiratoire, etc.) quels que soient d'ailleurs leurs premiers points de départ; effectivement, en dernière analyse, c'est la moelle allongée qui semble atteinte.

Séance du 12 novembre. — *Note sur l'action à distance des métaux chez les sujets en état d'hypnotisme*, par M. J. Luys.

Sur deux sujets hystériques hypnotisables, et chez un autre sujet non hystérique, mis en état léthargique, M. Luys a pu, en approchant une pièce de 20 francs à la distance d'environ 4 à 6 centimètres, faire contracter les muscles de la face, dilater les narines par la contraction des ailes du nez, relever les sourcils, et froncer les peauciers des régions sus et sous-hyoïdiennes. La contraction très énergique du diaphragme, avec dilatation et ballonnement intestinal, a pu être incontinent sollicitée par la même pièce de 20 francs présentée à 4 centimètres de la peau du sujet et cela à travers sa chemise. Bien plus, il a encore pu, avec la même pièce de 20 francs, déterminer la mise en activité de certains muscles que l'on n'est pas habitué à voir se contracter dans l'espèce humaine, les muscles rudimentaires du pavillon de l'oreille. Il a vu et fait voir aux personnes qui l'entouraient que ce pavillon de l'oreille est dans l'espèce humaine susceptible de mouvements rudimentaires, tout à fait inconscients.

Les métaux les plus actifs pour déterminer cette apparition de phénomènes contractifs sont jusqu'à présent l'*or*, l'*argent*, le *cuivre*. suivant les sujets. Le mercure dans un tube de verre ne lui pas présenté de réactions notables.

Ces faits nouveaux dans lesquels on voit certains corps tels que les métaux agir à distance sur le système nerveux de l'homme porté à un état d'hyperexcitabilité extrême, sont, comme on peut le pressentir, destinés à aider puissamment à l'interprétation des phénomènes de l'action des médicaments à distance. Les métaux agiraient dans ces cas-là comme de véritables aimants, et de là à admettre que d'autres substances, agissant pareillement à distance, détermineront des réactions, par un mécanisme analogue, l'interprétation est toute naturelle.

Séance du 19 novembre. — *Des rapports du système nerveux et de la nutrition*, par M. le Dr Leven. *Globules sanguins.*

Le sang, qui est le liquide nourricier par excellence, qui est chargé de porter à l'organisme les aliments dont il a besoin pour s'entretenir, est influencé par le système nerveux.

Tant que celui-ci est à l'état physiologique, la composition du sang, au point de vue des globules sanguins, n'est pas troublée, mais aussitôt que les centres nerveux sont irrités, on constate que les globules sanguins peuvent diminuer de plusieurs millions, et leur nombre restera diminué tant que les centres nerveux restent irrités; la chlorose qui est consécutive à l'irritation des centres ne guérit que si les centres guérissent. Le nombre de globules n'augmente que progessivement à mesure que les symptômes des centres s'attenuent; enfin la chlorose qui est toujours provoquée par les centres nerveux ne disparaît qu'à la condition que le système nerveux soit rétabli.

Séance du 26 novembre. — *Note sur l'albuminurie expérimentale à la suite de lésions du pneumogastrique*, par MM. Arthaud et Butte.

On sait que la section d'un seul nerf pneumogastrique n'amène ordinairement aucun trouble fonctionnel important; mais on sait mal, ou plutôt on ignore quelles sont les conséquences d'une lésion irritative de ce nerfs.

Des expériences qu'ils ont faites, les auteurs concluent que l'irritation chronique du bout périphérique de l'un des vagues a pour conséquence un trouble permanent de la nutrition, se

traduisant cliniquement par des symptômes tels que la polyphagie, la polydipsie, la polyurie, l'azoturie, l'amaigrissement progressif. Ces divers symptômes ont une marche assez irrégulière; mais celui sur lequel nous voulons surtout insister aujourd'hui, c'est l'albuminurie absolument constante, qui est en rapport intime avec l'évolution d'une lésion rénale à type interstitiel.

Note sur l'action hypnotique de l'antipyrine chez les aliénés, par MM. Mairet et Combemale.

Depuis plusieurs mois, sous l'influence des recherches faites sur l'antipyrine, nous avons essayé l'emploi de cette substance comme hypnotique dans les insomnies liées aux différentes formes de l'aliénation mentale. Nous avons administré ainsi le médicament à plus de cinquante malades; le plus souvent, chacun d'eux l'a pris pendant plusieurs jours, et même pendant plusieurs semaines consécutives.

Au-dessous de 4 grammes, administrés dans de l'eau aromatisée en une seule fois, le soir au coucher, nous n'avons obtenu aucun effet bien net. A la dose de 4 grammes, que nous avons portée à 5, 6 et même 8 grammes, les effets hypnotiques de l'antipyrine ont varié suivant la nature de l'aliénation mentale et peuvent, à cet égard, se résumer ainsi :

Dans la folie simple, effets nuls lorsque l'agitation est intense; effets incertains, inconstants dans le cas où l'agitation est moyennement intense; parfois cependant, nous avons obtenu un sommeil persistant.

Dans la démence sénile, l'antipyrine a toujours échoué.

Dans la folie alcoolique liée ou non à une lésion organique, l'antipyrine nous a donné des succès qui, sans être constants, sont cependant assez positifs. Le plus généralement, nous avons obtenu dans ces cas un sommeil de plusieurs heures, parfois de toute la nuit; très rarement nous avons eu un succès incomplet.

Dans la paralysie générale, de nature non alcoolique, l'antipyrine a échoué ou n'a produit que des effets incertains.

Dans la folie épileptique avec agitation, l'antipyrine, administrée à la dose de 4 grammes, a produit un sommeil généralement complet, toujours de plusieurs heures de durée. Cependant, disons-le, dans les cas de cet ordre, le succès est moins sûr qu'avec le mélange de chloral et de digitale que nous employons ordinairement.

Ajoutons, en terminant cette note, que, malgré l'administration prolongée du médicament, qui a été donné parfois pendant quinze jours et même un mois à la dose de 4 grammes, nous n'avons produit aucun effet toxique ; deux fois seulement, nous avons eu un vomissement ; malgré cela, l'antipyrine a été continuée sans que cet accident se reproduise. A la dose de 5 à 6 grammes, nous avons administré l'antipyrine pendant plusieurs jours consécutifs ; à la dose de 8 grammes, pendant deux jours seulement.

Effet de l'excitation simultanée du myocarde et des nerfs vagues, par M. le Dr LAFFONT. — *Conclusions.* — Le myocarde est sensible aux excitations électriques directes chez les mammifères supérieurs aussi bien que chez les vertébrés inférieurs, et de la même façon.

Il réagit différemment suivant l'intensité des excitations électriques et suivant la prédominance d'action, dans ces différentes excitations, des centres nerveux intracardiaques de fonction différente.

Les nerfs pneumogastriques empêchent, dans une certaine mesure, les désordres fonctionnels qui peuvent atteindre le myocarde et occasionner la mort, sous l'influence de l'excitation directe du myocarde.

La mort qui survient dans la faradisation du myocarde est imputable à une sorte de tétanos, de secousses arhythmiques du cœur.

Séance du 3 décembre. — *Du mode d'action des courants électriques qui sont suivis de mouvements musculaires lorsqu'on les applique sur les circonvolutions cérébrales*, par M. le Dr EUGÈNE DUPUY.

D'après l'auteur la production des mouvements musculaires qui suivent l'application de courants électriques sur différents territoires des circonvolutions cérébrales des animaux dont on se sert ordinairement pour exprimenter, s'explique de la façon suivante : transport du courant vers d'autres territoires où se rencontre l'origine virtuelle ou réelle des nerfs des muscles, qui entrent en jeu lorsqu'on se sert d'électricité appliquée aux circonvolutions cérébrales.

Note sur l'albuminurie qui succède aux névrites du nerf vague, par MM. ARTHAUD et BUTTE.

En résumé, la névrite du vague, produite au moyen de l'huile de croton, d'étermine chez les animaux l'apparition de l'albuminurie avec troubles de la nutrition et mort rapide

La lésion dominante dans tous ces cas a toujours été la néphrite, cause probable des hémorragies observées.

Séance du 10 décembre. — *Note sur les effets généraux des excitations des organes des sens. Effets rétroactifs sensoriels*, par M. CH. FÉRÉ.

L'excitation d'un organe sensoriel double modifie la sensibilité de son congénère, tout comme l'excitation d'un organe sensoriel quelconque modifie celle de tous les autres ; je dis modifie, parce que, suivant qu'elle est modérée ou très forte, elle peut l'augmenter ou l'éteindre.

Aucune des formes de la sensibilité n'échappe à ces modifications.

Non seulement les excitations périphériques modifient la sensibilité sous toutes ses formes, en même temps que l'état dynamique ; mais un point qui mérite d'appeler particulièrement l'attention, c'est qu'en ce qui touche la perception, cet effet peut être rétroactif.

C'est ce que nous voyons, par exemple, à la suite de quelques traumatismes violents : on voit survenir une amnésie qui comprend une certaine période antérieure au choc.

Cette amnésie rétroactive, consécutive aux excitations violentes, est d'ailleurs intéressante en ce sens qu'elle jette un certain jour sur l'amnésie qui succède à certains états d'impulsion épileptique, pendant lesquels le sujet se conduit comme s'il jouissait de sa mémoire et de sa conscience, tant que dure l'excitation, pour tout oublier quand la décharge est complète.

Séance du 17 décembre. — *Quelques exemples de dynamogénie sur les centres des organes des sens*, par M. Mathias DUVAL.

Ces faits me semblent pouvoir être considérés comme un cas particulier des phénomènes généraux, que M. Brown-Séquard nous a révélés et qu'il a désignés sous le nom de *dynamogénie*. L'excitation purement lumineuse (sans image) d'un œil amène une perception plus nette des images reçues dans l'autre œil.

Ce qui a lieu pour l'œil a lieu pour l'oreille. Certains sourds semblent recouvrer l'ouïe quand ils sont au milieu d'un bruit continu, et alors, ils entendent des paroles qu'ils ne percevraient pas si elles étaient émises dans un milieu silencieux. On m'a dit qu'alors le bruit continu renforçait des sons harmoniques de certains sons de la parole émise près du sourd,

et qu'ainsi les organes de l'oreille interne étaient ébranlés et leur inertie vaincue, ce qui permettait aux sons vocaux correspondants de les mettre en mouvement. Je crois qu'il y a encore des effets de dynamogénie sur les centres.

Rapports du système nerveux et de la nutrition de l'aliment. — Obésité, par M. le Dr LEVEN.

J'ai prouvé que les troubles des centres nerveux diminuent l'urée, diminuent les globules rouges du sang, mais que l'urée et les globules rouges se refont et reprennent leur chiffre normal si les centres nerveux reviennent à leur état physiologique. Je me propose de démontrer que les troubles des centres nerveux ont pour effet de faire dévier l'aliment du but qu'il est appelé à remplir dans l'organisme, de les transformer tous en graisse; ainsi les substances albuminoïdes deviendront des graisses dans l'économie; les substances hydrocarbonées se chargeront également en substances grasses dès que le système nerveux devient malade.

Ce qui revient à dire que l'obésité n'est provoquée que par les troubles fonctionnels des centres nerveux.

Lorsque, par le traitement convenablement approprié, le régime alimentaire, l'hygiène générale, le système nerveux se rétablit, les aliments albuminoïdes cessent de faire de la graisse, les substances hydrocarbonées se chargent en eau et acide carbonique, la graisse diminue peu à peu dans le corps, disparaît, et l'individu reprend l'embonpoint qu'il doit avoir.

Si les centres nerveux malades sont cause d'obésité, ils sont aussi cause d'amaigrissement progressif, et l'individu aura beau augmenter sa ration alimentaire, il continuera de maigrir, il n'engraissera que lentement, à mesure que par le traitement, le système nerveux se rétablit.

Recherches sur l'action anesthésiante de la cocaïne. — Antagonisme vasculaire de la cocaïne et de la pilocarpine, par M. le Dr LAFFONT.

La *cocaïne* est, au point de vue des terminaisons sensitives des nerfs, ce que le *curare* est au point de vue des plaques motrices;

L'analogie de ces deux substances est plus grande qu'on ne pourrait le croire au premier abord;

L'une et l'autre ont une action identique excito-médullaire;

L'une et l'autre respectent les fonctions de la continuité du nerf;

Ces deux substances ne diffèrent que dans leur action sur les terminaisons nerveuses ;

Le *curare* paralyse les plexus vasoconstricteurs intravasculaires et les plaques motrices terminales des nerfs moteurs ;

La *cocaïne* excite les plexus vasoconstricteurs intravasculaires et les contractions de tous les muscles à fibres lisses ; elle inhibe les terminaisons nerveuses des nerfs sensitifs et sensoriels.

Sur un cas d'empoisonnement par injection sous-cutanée de cocaïne, chez un cocaïnomane, terminé par la guérison, par M. J. Déjerine.

Ce fait permet de contrôler chez l'homme ce que l'on a observé chez les animaux, M. Laffont en particulier, à la suite d'injections de cocaïne à dose toxique : la tachycardie, la contracture, l'analgésie générale et absolue d'une part avec conservation de la sensibilité tactile, la suppression des fonctions cérébrales et sensorielles, puis le retour à l'état normal, après une période d'excitabilité cérébrale et sensorielle (agitation légère, photophobie). Il est inutile d'ajouter que si le malade dont je viens de rapporter l'histoire n'avait pas été mithridatisé par l'emploi journalier de l'alcaloïde, il eût été tué par l'injection de 1 gramme qu'il s'était pratiquée. Quant au diagnostic, en l'absence de tout renseignement, je ne crois pas qu'il soit possible, en pareil cas, dans l'état actuel de nos connaissances du moins.

Des effets de la faradisation du pneumogastrique droit sur la sécrétion urinaire, par MM. Arthaud et Butte.

Le vague droit exerce par ses rameaux périphériques une action évidente sur la sécrétion urinaire. Cependant, Cl. Bernard et Vulpian paraissent avoir obtenu des résultats opposés; il est vrai que leurs expériences n'étaient pas faites dans les mêmes conditions que les nôtres; aussi nous proposons-nous de chercher les raisons de cette divergence en modifiant nos procédés et nos méthodes opératoires.

THÈSES

SUR LES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

Soutenues dans les Facultés de médecine de Province

(Année 1887)

Montpellier

Aubin : Les militaires aliénés à l'asile de Marseille. Recherches statistiques étiologiques et cliniques. — Sicard : Contribution à l'étude de l'hypnotisme et de la suggestion. — Fontaine : De l'anesthésie chloralo-chloroformique. — Émonet : Essai d'étude clinique et comparative sur l'anesthésie par l'action combinée de la morphine et du chloroforme et l'anesthésie chloralo-chloroformique. — Labadens : De l'hystérie dans l'armée. — Delbuil : Contribution à l'étude de la fièvre hystérique — Santelli : De l'anesthésie chirurgicale par hypnotisme et suggestion. — Menier : Contribution à l'étude du sommeil nerveux spontané et provoqué. — Kempf : De la trépidation épileptoïde. — Ducasse : Contribution à l'étude de la morphine et de l'intoxication par cet alcaloïde. — Prosper Rous : Hypnotisme et responsabilité.

Lyon

Marion : Étude sur l'emploi de l'acétanilide dans quelques affections fébriles et dans certains états nerveux. — Montel : De l'épilepsie infantile. — Tacussel : Essai sur le tabes moteur.

Bordeaux

Rivière : De l'anesthésie et de l'atrophie testiculaire dans l'ataxie locomotrice testiculaire. — Sudre : Contribution à l'étude des conditions dans lesquelles se produisent la commotion et la contusion cérébrales. — Dichas : Etude sur la mémoire dans ses rapports avec le sommeil hypnotique (spontané ou provoqué). — Libouroux : Contribution à l'étude de la maladie dite pied de Madura, considérée comme une trophonévrose. — Lafforgue : Contribution à l'étude médico-légale de l'hypnotisme. — Tissié : Les aliénés voyageurs ; essai médico-psychologique. — Retière : Influence de la névrose hystériforme sur les fonctions de la sécrétion rénale. — Puybaret : Contribution à l'étude des paralysies dans la fièvre typhoïde. — Lichtwitz : Recherches cliniques sur les anesthésies hystériques des muqueuses et de quelques organes des sens (goût, odorat, ouie) et sur les zones hystérogènes des muqueuses. — Heuzé : Contribution à l'étude des troubles intellectuels pendant la fièvre typhoïde et de la folie consécutive. — Barincou : De quelques cas d'atrophie musculaire unilatérale et de leur traitement par l'électricité. — Bombart : Les familles d'épileptiques. — Proux : Contribution à l'étude de la paraplégie précoce d'origine syphilitique. — Fischer : Du rappel de la parole chez les aphasiques. — Moulinié : Les dégustateurs en Gironde et l'alcoolisme professionnel. — Blanc-Fontenille : Etude sur une forme particulière de délire hystérique (délire avec amnésie). — Grasset : Etude clinique sur les troubles de la sensibilité cutanée chez les alcooliques. — Fassy : Considérations sur l'état mental dans le diabète. — Dupuy : Des idées ambitieuses dans l'état mental consécutif à la folie alcoolique.

Lille

Mascarel : Contribution à l'étude des maladies de la peau d'origine spinale, produites par des lésions nerveuses phériphériques. — Lévêque : Contribution à l'étude des dermatoses d'origine nerveuse. Des maladies de la peau consécutives à un choc moral.

Nancy

Vernet : La syphilis est-elle une cause de paralysie générale?

NOUVELLES

NOMINATIONS ET PROMOTIONS. — Les fonctions de directeur et de médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard (Seine) étant dorénavant séparées, sont nommés audit asile : Directeur M. le Dr PATÉ, placé dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.); médecins en chef M. le Dr MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef de l'asile de Marseille, M. le Dr REY, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse.

— M. le Dr DONNET, médecin en chef de l'asile de Bordeaux est nommé directeur médecin en chef de l'asile de Vaucluse, en remplacement de M. le Dr BIGOT, décédé. M. DONNET est maintenu dans la 1re classe de son grade.

— M. le Dr REY, précédemment nommé médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, est nommé au même emploi à l'asile de Marseille et placé dans la troisième classe de son grade (5000 fr.)

— M. le Dr FEBVRÉ, médecin adjoint de l'asile de Ville-Évrard, est nommé médecin en chef dans le même établissement en remplacement de M. le Dr REY.

M. le Dr MARTINENQ, médecin adjoint de l'asile de Saint-Yon, est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise).

M. le Dr ROUSSET, ancien interne de l'asile de Bron (Rhône), est nommé médecin adjoint de l'asile de Saint-Robert (poste créé), et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.

M. le Dr AUBRY, interne à l'asile du Mans, est nommé médecin adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), et placé dans la 2e classe de son grade (2.500 fr.)

Sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (8,000 fr.) pour prendre rang à partir du 1er janvier 1888 :

MM. les Drs Bécoulet, médecin directeur de l'asile de Dôle (Jura) et Petrucci, médecin directeur de l'asile de Saint-Gemmes (Maine-et-Loire).

M. le Dr Camuset, médecin en chef de la ville de Clermont (Oise), est nommé médecin directeur de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir), en remplacement de M. Hildenbrand, décédé, et maintenu à la 3e classe de son grade (5,000 fr.)

M. le Dr Reverchon, directeur médecin de l'asile Sainte-Catherine-d'Yseure (Allier), est nommé directeur médecin à l'asile Saint-Luc, à Pau, et maintenu à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.)

M. le Dr Belle, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), est nommé directeur médecin de l'asile de Sainte-Catherine-d'Yseure, et maintenu à la 3e classe de son grade (5,000 fr.)

M. le Dr Pons, directeur médecin de l'asile de Saint-Luc, à Pau, est nommé médecin en chef de l'asile de Bordeaux et maintenu à la 1re classe de son grade (7,000 fr.)

Inspection générale. — M. le Dr Drouineau (de La Rochelle), est nommé inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur (service des établissements de bienfaisance) en remplacement de M. Foville, décédé.

Asiles d'aliénés. — Le conseil des inspecteurs généraux des services administratifs (section des établissements de bienfaisance) a été saisi dernièrement par M. le directeur de l'assistance publique au ministère de l'intérieur, de l'examen d'un projet tendant à instituer le concours pour le recrutement des médecins adjoints des asiles d'aliénés. Le conseil a adopté les conclusions conformes d'un rapport de M. le Dr A. Regnard, établissant le concours par circonscriptions régionales qui auront pour chefs-lieux certaines villes possédant des Facultés ou des Écoles de médecine. Le département de la Seine formera une région, avec l'adjonction des seuls asiles de Clermont et d'Évreux.

Le concours sera ouvert toutes les fois qu'il y aura lieu de pourvoir à deux vacances. Les épreuves comprendront une question écrite, éliminatoire dans le cas où le nombre des candidats dépassera trois pour une place, et une question orale. Il sera tenu compte des travaux antérieurs des candidats.

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer.

L'ENCEPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

DU MAL PERFORANT

DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Évrard

Je ne poursuis pas dans ces courtes pages l'exposé de toutes les doctrines relatives au mal perforant, si nombreuses que Delorme en a formé neuf groupes (1), ce serait faire œuvre superflue, car cet historique est au complet dans le récent travail de Fischer. Je ne veux pas davantage rechercher s'ils ont bien raison ceux qui, avec Duplay et Morat, incriminent toujours un trouble trophique amené par une lésion des nerfs, de la moelle ou de l'encéphale, et si Lucain n'a pas été tout à la fois plus prudent et plus exact en reconnaissant outre cette origine nerveuse, une seconde, vasculaire, et une troi-

(1) Delorme. *Nouveau Dictionnare de médecine et de chirurgie pratique.* T. XVII, art. Pied.

sième locale; ceserait faire œuvre peut-être prématurée, car la question n'est pas mure et Grasset a eu raison de dire que rattacher tous les cas de la maladie de Nelaton à une affection du système nerveux, serait une exagération que la clinique n'autorise pas encore. Je désire encore moins m'étendre sur la symptomatologie; ce serait cette fois faire œuvre inutile, car le mal perforant n'est-il pas, en effet, bien connu de nos jours par tous les mémoires publiés depuis le travail de l'illustre chirurgien qui, le premier le décrivit, et quel médecin aujourd'hui hésite à le diagnostiquer quand il rencontre à la face plantaire, au niveau des articulations métatarso-phalangiennes du premier et du cinquième orteil ou au niveau du talon, plus rarement à la face plantaire des doigts du pied ou à son bord externe, un ulcère ovalaire, entouré d'un bourrelet épidermique épais et dur, à bords taillés à pic, à fond en puits, à surface irrégulière et villeuse, ulcère chronique, indolore, secrétant peu et entouré d'une zone anesthésique plus ou moins étendue ? A plus forte raison quand il constate, en outre, des amas épidermiques sur le pied, des ongles épaissis, jaunâtres, fendillés, des poils nombreux et gros, une peau pigmentée, un tissu cellulaire dur, empâté, une sécrétion sudorale très abondante ou nulle, des éruptions cutanées érythémateuses ou eczémateuses, enfin des œdèmes inflammatoires !

Ma seule ambition est de rechercher s'il n'existerait pas un lien de causalité entre la paralysie générale progressive et le mal perforant, de rapporter quelques faits qui tendraient à établir ce lien et de rappeler ceux déjà publiés.

Mon attention a été attirée de ce côté dans les circonstances suivantes. Le 27 octobre 1887, l'hôpital de la Conception envoyait à l'asile Saint-Pierre, un malade avec ces renseignements : « Cet homme, en traitement

pour un mal perforant, est atteint de paralysie générale progressive; son agitation ne permet pas de le garder dans les salles. » J'avais pour la première fois occasion de trouver réunis chez le même aliéné le mal perforant et la paralysie générale sans complication d'affections médullaires. Me souvenant du mémoire publié en 1882, par M. Christian, je me demandai s'il n'y avait pas là autre chose qu'une coïncidence. Je me rappelai alors l'observation d'un paralytique décédé quelques jours auparavant et qui, lui aussi, avait eu un mal perforant à marche rapide, mais il était en même temps atteint d'ataxie locomotrice et j'avais naturellement rattaché l'ulcère à la sclérose des cordons postérieurs, ainsi que l'a signalé le Professeur Ball au congrès de Londres de 1881. Qu'on en juge d'ailleurs par l'histoire de ce malade.

OBSERVATION I. (Personnelle.) — *Pas de renseignements sur la famille. — Fatigues de la vie de marin ; excès de toute nature ; syphilis probable. — Ataxie locomotrice depuis plusieurs années. — En décembre 1885, lypémanie tabétique avec tentative de suicide. — En août 1886, congestions cérébrales suivies de paralysie générale progressive. — En février 1887, mal perforant arrivant en sept mois à la 3e période. — Marche rapide de l'affection paralytique et de l'affection tabétique. — Marasme. — Mort le 24 oct. 1887.*

Louis B..., premier maître de mousqueterie de la marine, célibataire, âgé de 42 ans, entré à l'asile de Marseille, le 1er février 1886. Pas de renseignement sur la famille. Cet homme souffrait depuis plusieurs années d'une ataxie locomotrice due sans doute aux fatigues de sa profession, à des excès de toute nature et peut-être à la syphilis; à en croire certains de ses renseignements, ataxie qui ne l'empêchait pas de faire son service, sauf à certains moments quand les douleurs fulgurantes étaient par trop violentes. En décembre 1885, il partit pour la station navale de l'Extrême-Orient, mais en mer il ne tarda pas à donner pour la première fois des signes d'aliénation mentale. On dut le laisser à l'hôpital de Port-Saïd. Le *Mytho* le ramena à Toulon. Durant la traversée, en proie à une vive surexcitation, il se jeta à la mer. On parvint à le sauver. A l'hôpital Saint-Mandrier, il passa par des alter-

natives d'agitation et de tranquillité, mais, dit le certificat médical, même dans les moments de lucidité apparente, B... manifestait des conceptions délirantes de persécutions dès que l'interrogatoire était dirigé de ce côté. On dut en outre l'isoler et le faire, nuit et jour, surveiller pour déjouer ses nombreuses tentatives de suicide qui hatèrent son envoi à Saint-Pierre. Les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine portent : « Est atteint du délire des persécutions. Est très exalté depuis son entrée. Se déclare la victime d'une bande d'individus qui le poursuivent depuis plusieurs années. Accuse particulièrement un homme et deux femmes, fait des réponses incohérentes. A des idées de suicide et refuse la nourriture. » Il résulte des notes du registre et des divers rapports envoyés à la marine, que jusqu'en août, B... fut un simple lypémaniaque avec ataxie locomotrice, expliquant par des persécutions à l'aide de l'électricité tous les symptômes douloureux ou incommodes de son ataxie. Il présentait donc les principaux caractères récemment décrits du délire des persécutions chez les tabétiques ; il était en outre très irritable et très porté au suicide, alors surtout que les douleurs fulgurantes, qui chez lui étaient fréquentes et intenses, le torturaient. En août la scène changea. Le malade eut à cette date des poussées congestives et les premiers symptômes physiques de la paralysie générale apparurent; l'intelligence baissa à ce point que dans un rapport du 23 novembre une démence avancée est signalée ainsi que de nouvelles congestions encéphaliques.

Je vis B..., pour la première fois, le 10 février 1887; depuis trois jours il était obligé de garder le lit, la marche étant devenue par trop difficile. A cette époque, le double diagnostic d'ataxie locomotrice et de paralysie générale ne pouvait faire aucun doute. Au point de vue mental, le malade présentait un notable affaiblissement intellectuel, avec un mélange incohérent et bizarre de conceptions hypocondriaques et ambitieuses, ainsi que des idées de persécutions, ces dernières apparaissant surtout lors des crises de douleurs fulgurantes. Toutefois avec la paralysie générale les idées et les tentatives de suicide cessèrent, le malade quand il souffrait trop disait bien que mieux vaudrait la mort qu'un tel état, demandait même à être empoisonné par les médecins pour être débarrassé de ses ennemis, mais il ne chercha plus à attenter à ses jours. L'ataxie locomotrice et la paralysie générale firent des progrès de plus en plus rapides, la diarrhée s'établit et B... mourut dans le marasme le 24 octobre. L'autopsie ne fut pas faite, sur l'opposition de la famille, le corps devant être transporté à Rennes.

Quand au commencement de février 1887, B..., par suite de son ataxie, dut garder le lit, on découvrit au pied droit, sur la face plantaire, au talon, une plaque noirâtre, absolument insensible ; d'ailleurs l'anesthésie s'étendait à toute la région plantaire. Cette plaque fut longue à tomber, deux mois environ. A sa chute, il se forma des productions épidermiques blanchâtres qui tombèrent à leur tour et laissèrent à leur centre un trou ovalaire, de la largeur d'une grosse tête d'épingle et fait comme avec une vrille. A partir de ce moment, on était en mai, l'ulcère se creusa de plus en plus revêtant tous les caractères du mal perforant : forme ovalaire, bourrelet épidermique, fond en puits, sécrétion peu abondante. L'anesthésie était à ce point marquée, qu'avec une sonde ou une épingle on pouvait toucher et piquer tous les points de l'excavation sans éveiller de douleur. A la mort du malade, le calcanéum était à nu, l'ouverture de l'ulcère au niveau de la peau était plus large qu'une pièce de deux francs.

Cette observation, on le voit, prête à discussion. La présence incontestable d'une ataxie locomotrice enlève, en effet, toute valeur absolue au cas de B... Il est à remarquer toutefois que le mal perforant n'apparut que six mois après le début de la paralysie générale, alors que l'ataxie était antérieure de plusieurs années. La marche rapide, je dirai même galopante de l'ulcère mérite aussi d'être notée ; en huit mois au plus le calcanéum fut mis à découvert. Ne croirait-on pas qu'une double cause agissait alors ? Quoiqu'il en soit, le doute était justifié ; je me retournai vers le malade de la Conception dont voici l'histoire.

Observation II. (Personnelle.) — *Hérédité. — Nombreux excès alcooliques depuis douze ans. — Paralysie générale à la seconde période. — Mal perforant à la quatrième période. — Rémission de la paralysie générale.*

Martin Blan..., veuf, corroyeur, âgé de 49 ans, entré à l'asile de Marseille, le 27 octobre 1887. J'ai donné plus haut les renseignements envoyés de l'hospice. Chez ce malade le diagnostic de paralysie générale, et de paralysie générale avancée, s'imposait tant par les symptômes physiques — inégalité pupillaire, tremblement des muscles du visage, parole surtout très embarrassée — que par les symptômes mentaux : affaiblissement intellectuel, conceptions ambitieuses niaises,

idées de satisfaction. La surexcitation était assez vive. Les symptômes aigus disparurent assez rapidement. Dans le courant de décembre le malade ne présentait plus que la démence; de tous les symptômes physiques, seul l'embarras de la parole persistait très marqué.

D'après les renseignements fournis par le frère de l'aliéné, la maladie serait survenue insensiblement sous l'empire d'une double cause : l'hérédité et l'alcoolisme. Une tante du côté paternel est morte à 52 ans, de paralysie générale et le fils de cette femme s'est suicidé à 19 ans à la suite d'une vive contrariété. De plus, Blan..., depuis une douzaine d'années, s'était adonné à la boisson. Il y avait deux ans environ que ses facultés intellectuelles avaient commencé à s'obscurcir et que les premiers symptômes paralytiques s'étaient montrés. Les idées vraiment délirantes ne dataient que de quatre ou cinq mois.

Sans les renseignements envoyés de la Conception et ceux fournis par le malade, le diagnostic de mal perforant eût été impossible ; l'examen seul du pied atteint ne l'autorisant pas. Sans doute la sueur, abondante, exhalait une odeur infecte, les muscles de la jambe correspondante étaient très atrophiés et l'insensibilité très marquée, mais, sous l'influence, sans doute, du tempérament lymphatique et de l'alcoolisme du sujet, la carie avait gagné de proche en proche, les os des phalanges et des métatarsiens semblaient attaqués, le pied était rouge et gonflé bien qu'insensible ; bref, le mal perforant disparaissait pour ainsi dire devant ses conséquences. Pourtant l'évolution de la maladie et le diagnostic porté au début par les chirurgiens de la Conception ne pouvaient laisser place au doute. Il y avait dix-huit mois, en effet, que Blan... s'aperçut, son attention étant éveillée par des taches à sa chaussette, qu'il avait au bord externe du pied droit, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du petit orteil, un trou de la largeur d'une lentille, à bords durs, fait, selon son expression, comme avec un vilebrequin. Il ne s'en inquiéta pas, car cette plaie coulait très peu, et insensible, ne le gênait en rien. Quelques mois après, non seulement l'ulcération n'était pas guérie, mais elle avait beaucoup gagné en profondeur ; elle avait creusé la chair, dit encore le malade, et son ouverture avait doublé ; toutefois l'insensibilité persistait. Blan... alla frapper à l'hospice de la Conception. Le diagnostic de mal perforant fut alors porté, et Blan..., congédié peu de temps après, son mal ayant été jugé au-dessus des ressources de l'art. Il se remit à travailler et à boire sans plus se soucier de son pied. Le mal gagna de proche en proche et la tête du cinquième métatarsien fut mise à nu, l'os se prit à son tour et l'inflamma-

tion gagna peu à peu les autres os, mais elle ne revêtit à aucun moment des allures aiguës, elle n'éveilla jamais aucune douleur. Jusqu'au dernier jour Blan... se livra à son travail de corroyeur, et il était seulement depuis une huitaine à la Conception quand il fut envoyé dans mon service.

Sous l'influence d'un repos absolu, de l'iodure de potassium, d'un traitement et d'un régime toniques, une amélioration remarquable survint. Dans les premiers jours de l'admission une amputation paraissait nécessaire à brève échéance; il suffit de quelques semaines des soins indiqués pour que tout ce travail pathologique rétrogradât.

Il est incontestable, à mon avis, que Blan... a commencé par avoir au pied droit un mal perforant. Il est difficile d'admettre que les chirurgiens de la Conception se soient mépris lors de la première entrée du malade, à une période de la maladie où aucune complication ne gênait le diagnostic, d'ailleurs l'évolution des accidents à l'asile appuie aussi cette opinion, mais il est moins certain que ce mal perforant ait été sous la dépendance principale d'une paralysie générale. Je crois Blan... moins encore un paralytique qu'un alcoolique, or le mal perforant a été décrit dans l'alcoolisme. Les observations signalées, remarque Delorme, disent souvent que les sujets qui en étaient affectés étaient alcooliques. Cette seconde observation, comme la première, n'imposait donc pas la conviction.

Je ne me décourageai pourtant pas et je poursuivis mes recherches, me basant sur les troubles nutritifs, indéniables dans la paralysie générale, et sur l'existence non moins certaine d'un mal perforant d'origine nerveuse.

J'ai dit plus haut qu'il était peut-être prématuré de vouloir rattacher tous les ulcères perforants à une lésion du système nerveux, mais il me paraît démontré par un grand nombre de faits authentiques qu'il existe au moins une catégorie de mal perforant liée aux lesions de ce système. Delorme, à l'article *Pied* du *Nouveau Diction-*

naire de Médecine et de Chirurgie pratiques, et cette année Grasset, dans la troisième édition de son remarquable *Traité pratique des maladies du système nerveux*, ont exposé l'état actuel de la science sur ce point. Je crois inutile de rappeler ici des observations connues de tous les neurologistes, observations qui prouvent que dans certains cas des affections du cerveau, de la moelle et des nerfs ont engendré la maladie de Nélaton.

D'un autre côté, la présence de troubles trophiques dans la paralysie générale n'est de nos jours contestée par personne. Tous les aliénistes ont constaté chez leurs paralysés généraux des escarres, des othématomes, des hémorragies, des embonpoints subits suivis de fontes graisseuses. C'est encore de ces troubles que relève la chute des poils et des ongles signalée il n'y a pas longtemps par M. Régis. M. Charcot, je le sais, a démontré, ainsi que ses élèves, que les troubles trophiques rencontrés chez ces malades sont sous la dépendance non de la lésion cérébrale mais de complications survenues dans la moelle épinière. Qu'importe ! sans la paralysie générale, ces complications se seraient-elles produites ?

Mais la saine logique scientifique n'était pas seule à justifier à mes yeux la croyance au mal perforant dans la démence paralytique, la clinique me fournissait les deux cas de M. Christian, que je crois utile de rapporter, car, à ma connaissance, ce sont les seuls probants qui, jusqu'à ce jour, aient été publiés.

Observation III. (M. Christian.) — *Paralysie générale de cause inconnue. — Au début, violente agitation maniaque. — Mal perforant du pied. — Rémission.*

X..., négociant grec d'Athènes, 48 ans, grand, brun, de forte constitution, entre le 17 octobre 1880 à la maison de Charenton, présentant tous les symptômes de l'excitation maniaque de la paralysie générale. Cette excitation ne diffère pas de celle que que nous sommes habitué à voir. Mais M. X... présente un

symptôme remarquable — qui, d'ordinaire, n'apparaît qu'à la période ultime de la maladie, c'est un grincement de dents continuel, dont le malade paraît n'avoir pas conscience — les premiers symptômes remontent à quelques semaines ; on a suspecté la syphilis, et un traitement spécifique énergique a été institué et poursuivi sans aucun résultat.

Il existe chez M. X..., un mal perforant du pied, au gros orteil gauche ; ce mal, qui aurait débuté il y a deux ans (?) existe sur la face plantaire du gros orteil gauche, sous la forme d'une ulcération irrégulière, à bords taillés à pic et épais, à fond grisâtre. Un stylet, introduit dans la plaie, pénètre jusque dans l'articulation et permet de constater que les surfaces articulaires sont rugueuses et dénudées. L'ulcère exhale une odeur infecte, mais il ne cause aucune douleur au malade qui, quoiqu'on puisse lui dire, ne reste pas tranquille un instant. On peut explorer la plaie de toutes les façons sans qu'il accuse aucune douleur ; l'insensibilité s'étend sur toute la face plantaire de l'orteil. Cette affection du pied fut traitée, selon les indications de M. le professeur Panas, par un pansement au styrax et camphre, avec lavage à l'alcool phéniqué.

M. X... se calma graduellement ; au mois de mai 1881, sa famille put le retirer et le faire retourner en Grèce ; il était en parfaite rémission. La plaie du pied était restée stationnaire; plusieurs esquilles s'étaient détachées, l'ulcère paraissait un peu diminué. J'ai appris depuis, que le malade avait succombé, mais je n'ai rien pu savoir sur la dernière période de sa maladie.

Observation IV. (M. Christian.) — *Paralysie générale au début. — Excitation maniaque. — Mal perforant du pied double. — Rémission pendant quelques semaines. — Délire hypocondriaque, refus d'aliments. — Mort.*

Un jeune officier, âgé de 31 ans, de bonne constitution, sans antécédent héréditaire, entre le 18..., en proie à une agitation maniaque incoercible, avec les symptômes évidents de la paralysie générale.

La période d'agitation se prolongea durant plusieurs semaines, le calme ne revint qu'à la suite d'un accident fortuit. Une chute que fit M. X..., détermina une entorse du pied droit qui força de le placer à l'infirmerie et de le faire garder le lit. On put alors soumettre à un traitement méthodique un mal perforant qui existait au pied gauche lors de l'entrée du malade.

A la face plantaire du gros orteil gauche, on voit une ulcération circulaire, large comme une lentille, à bords découpés à pic ; cette ulcération est peu profonde, un stylet, même très

fin, ne pénètre pas jusqu'à l'os; du fond de la plaie émergent des bourgeons charnus qui saignent au moindre contact et qu'il faut réprimer journellement au moyen de la pierre infernale; sur le gros orteil du pied droit, le même mal avait existé en 1880; il avait guéri après un traitement de quelques mois. Le mal actuel reste à peu près stationnaire; il ne gagne ni en étendue ni en profondeur. Dans les premiers temps, il y eut, à plusieurs reprises, — et chaque fois à la suite d'imprudences commises par le malade — des poussées inflammatoires à la face interne de la jambe et de la cuisse; sur la cuisse, notamment, il y a eu plusieurs fois un œdème inflammatoire avec rougeur érysipélateuse, qui cédait rapidement à des applications de teinture d'iode et au repos au lit. M. X... se plaignait de douleurs très vives dans la cuisse : douleurs rhumatismales, disait-il. Je les trouvais plutôt analogues aux douleurs fulgurantes des ataxiques. Jamais ni sucre ni albumine dans les urines.

Le mal perforant resta à peu près stationnaire; l'état mental s'améliora rapidement et, vers le mois d'octobre, M. X... était en rémission. Toute idée délirante avait disparu; seul l'embarras de la parole persistait avec l'inégalité des pupilles. L'intelligence était visiblemeut affaiblie; on remarquait surtout cette puerilité et cette insouciance si caractéristiques chez les paralytiques en rémission.

Quoiqu'il en soit, M. X... allait aussi bien que possible, il réclamait sa sortie, et elle allait lui être accordée, quand, dès le mois de décembre, il devint triste, préoccupé, pleurant facilement. Bientôt apparut un véritable délire hypocondriaque, et il fallut recourir à l'alimentation forcée. Le marasme fit de rapides progrès et emporta le malade dans le courant de février. L'autopsie ne put être faite.

Telles sont les deux seules observations que je connaissais de mal perforant dans la paralysie générale. Ma bibliothèque et celles de Marseille ne me permettant pas de bien grandes recherches bibliographiques, j'écrivis à M. Christian pour le prier de vouloir bien me permettre de mettre à profit son expérience et son érudition. Je lui demandai si, depuis 1882, il avait eu la bonne fortune de rencontrer d'autres cas analogues aux deux premiers qu'il avait publiés et si, à sa connaissance, soit en France, soit à l'étranger, des observations de ce genre avaient paru. Le savant médecin en chef

de Charenton répondit négativement à cette dernière partie de ma question et eut l'amabilité de m'envoyer la seule observation recueillie par lui et encore inédite. La voici.

OBSERVATION V. (M. Christian.) — *Ataxie locomotrice depuis 1877. — En 1886 début d'une paralysie générale à forme expansive. — Marche parallèle des deux affections. — Mal perforant du pied droit datant de 1885.*

Homme de 50 ans, marié, sans enfant, né en Suisse, mais habitant Paris où il était bijoutier. Il est entré à Charenton le 5 mai 1887, en proie à de l'excitation maniaque caractéristique de la paralysie générale. Il avait été arrêté par la police à la suite d'une altercation avec un cocher de fiacre qu'il avait menacé d'une canne à épée. A son entrée, il vantait son savoir, faisait des vers, composait des charades, se vantait d'avoir appris tout seul l'anglais et la musique, se proposait de donner une fête splendide aux malades et vantait beaucoup sa femme, plus belle, disait-il, que celle du roi Candole. Il avait de l'embarras marqué de la parole et une légère conjonctivite avec mydriase, mais il prenait de l'iodure de potassium depuis longtemps.

Des renseignements obtenus, il résulte que, depuis 1877, cet homme souffre de douleurs fulgurantes, de parésie vésicale, etc., et qu'il a vu M. Charcot ; une consultation de ce maître porte : *tabes dorsalis incipiens*. Depuis cette époque le malade a suivi une foule de traitements antisyphilitiques et autres, sans que les symptômes tabétiques se soient amendés.

Les premiers troubles intellectuels dataient d'un an. Il devint entreprenant, voulut spéculer pour gagner une fortune immense et se ruina.

Depuis l'admission à Charenton, la situation est restée à peu près la même, le malade a l'intelligence affaiblie, beaucoup d'optimisme; il se croit supérieur en tout. Les symptômes de paralysie générale et d'ataxie évoluent parallèlement ; les douleurs fulgurantes reviennent avec fréquence. Les meilleurs résultats thérapeutiques sont obtenus par l'iodure de potassium à petites doses.

En plus de toute cette symptomatologie, l'aliéné présentait au moment de son entrée un mal perforant siégeant au gros orteil du pied droit, non pas à la face plantaire mais au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne. Ce mal, au dire du malade, remontait à deux ans environ avant l'admission. A Charenton, il est resté à peu près stationnaire avec des alter-

natives d'aggravation et d'accalmie. Plusieurs fois, à la suite surtout de fatigues, il a fallu inciser pour vider des collections purulentes. Aujourd'hui l'état est satisfaisant, sous l'influence peut-être de pointes de feu appliquées de temps en temps.

Cette observation, d'un intérêt incontestable, n'a pas la valeur absolue des deux premières publiées par M. Christian. C'est un cas complexe, comme le remarque cet aliéniste si distingué, dans la lettre qu'il m'a écrite. Il s'agit d'un malade d'abord ataxique, puis paralytique, et M. Christian croit que le mal perforant devrait être plutôt rapporté à l'ataxie, d'autant plus, dit-il, qu'il semble antérieur aux phénomènes intellectuels, à en juger du moins par les renseignements fournis.

D'un autre côté, mon collègue de la section des femmes de l'asile Saint-Pierre, le Dr Boubila, à qui je parlai du sujet qui m'occupe, m'apprit qu'en 1885, M. Martin Raget, interne des hôpitaux de Marseille, dans le but de rassembler des matériaux pour une thèse sur la pathogénie du mal perforant, était venu faire des recherches dans l'établissement, et il me procura son travail.

L'auteur, outre les deux observations de M. Christian rapportées plus haut, y résumait, ainsi qu'il suit, une que dès 1879 M. Lancereaux aurait publiée.

Observation VI. (M. Lancereaux.) *Paralysie générale chez une femme de 35 ans avec mal perforant du pied gauche.*

J'aurais été heureux de retrouver cette observation et de la donner *in extenso*, mais aucune indication bibliographique n'étant fournie dans la thèse, je n'ai pu à mon regret satisfaire ce désir.

M. Martin-Raget, dans son travail, rapporte l'observation personnelle qui suit.

Observation VII. (M. Martin-Raget.) A Tsc..., de la province de Constantine, maître sellier, est entré à l'asile des aliénés de Saint-Pierre de Marseille dans un état d'agitation considérable. Délire maniaque, puis hypocondriaque. Trem-

blements des mains et de la langue. Embarras de la parole. Inégalité pupillaire. Hallucinations de la vue : il croit voir un individu qui veut faire du mal à sa femme. Le 22 juin, quand nous le voyons, il est plus calme et dit ne pas avoir mangé depuis des années ; il assure qu'on lui vole sa nourriture et qu'on lui boit son vin, tandis qu'il jouit d'un embonpoint considérable, mange et boit beaucoup. On n'a aucun renseignement sur ses antécédents. Il est entré porteur d'un mal perforant à la face plantaire du gros orteil gauche, au niveau de la première articulation métatarso-phalangienne. Anesthésie complète de l'ulcère s'étendant en diminuant à la face interne et postérieure de la jambe jusqu'au creux poplité. Le stylet pénètre jusque dans l'articulation A droite, un durillon symétrique. Les ongles sont longs et très épais ; on remarque, sur la jambe affectée de l'ulcère, d'anciennes cicatrices blanches et rondes ressemblant à celles que laisse l'ecthyma après lui. Pas de traces de syphilis. Depuis près d'un an que ce malade est dans l'hospice, son mal perforant qui semblait s'améliorer a subi deux récidives correspondant à deux périodes pendant lesquelles il souffrait de sa jambe.

Telle est cette observation. En lisant que le malade avait eu des hallucinations de la vue et qu'il croyait voir un individu qui voulait faire du mal à sa femme, je me suis demandé s'il n'était pas alcoolique. J'ai recherché dans les registres de l'asile afin de prendre connaissance de l'évolution et de la terminaison de la maladie. J'y ai trouvé que A. Tsc..., placé volontairement le 24 décembre 1884, était mort le 5 août 1885, du choléra, et qu'il avait eu en juillet un phlegmon diffus de la jambe correspondant à l'ulcère perforant : son état physique et mental ne s'était toutefois pas amélioré. La mort du malade par choléra, cause accidentelle, sept mois après son admission, n'avait pas permis aux symptômes paralytiques d'évoluer et d'éclairer le diagnostic par leur évolution. Mais j'ai trouvé dans le dossier un certificat d'un docteur de Constantine, médecin ordinaire du malade, et ce certificat spécifie que A. Tsc... est atteint *d'alcoolisme chronique et de délire lypémaniaque* (*manie des persécutions*). Dès lors, il me semble

que ce cas est douteux. Aujourd'hui, chacun sait combien l'alcoolisme chronique revêt parfois tous les caractères physiques et psychiques de la paralysie générale. Seule, peut-on dire, l'évolution de la maladie permet le diagnostic différentiel, car j'ai essayé souvent et sans grand succès d'appliquer les caractères donnés par M. Ball pour distinguer les deux affections au début ; je ne les crois pas certains. Par malheur, ici, le choléra a enrayé cette évolution, mais le diagnostic porté par le médecin ordinaire du malade doit, me semble-t-il, être pris en très sérieuse considération, et il est dès lors permis de se demander si le mal perforant de Tsc... n'était pas le produit de l'alcoolisme, et non de la paralysie générale.

Quoiqu'il en soit, mis en éveil par les deux premiers cas personnels que j'ai rapportés, avec l'aide de l'interne distingué que j'ai la bonne fortune d'avoir, M. Marcellin, je passai la revue des pieds des six cents malades de mon service. A notre grande satisfaction, nous en découvrîmes trois, atteints de mal perforant. Ils étaient tous les trois paralytiques. Nous en fûmes surpris, car alors qu'il n'y avait dans la science que les seuls cas que nous venons de rapporter, en rencontrer cinq en une année était digne d'étonnement. A ce propos, M. Martin-Raget dit, en effet : « Le mal perforant est une complication rare de la paralysie générale, nous en avons comme preuve non seulement le petit nombre d'observations que nous avons pu recueillir et qui sont, à peu près sûrement, les seules qui existent, mais nous en avons encore acquis personnellement la certitude par les déclarations de M. Pons et de M. Christian, qui, dans le cours d'une longue pratique, n'ont vu chez les paralytiques généraux : M. Pons, que le seul cas qui fait l'objet de notre observation; et M. Christian, les deux malades seulement dont il publia les observations. »

Sommes-nous tombés, M. Marcellin et moi, sur une série exceptionnellement heureuse ? La chose est possible, mais je ne puis m'empêcher de penser qu'une recherche minutieuse nous a seule révélé les trois cas que je vais rapporter; les malades ne se plaignaient de rien, leur marche ne trahissait pas leur mal, même deux d'entre eux, paralytiques en rémission, étaient les hommes de peine de leurs quartiers. Ils allaient chercher les médicaments à la pharmacie, les aliments à la cuisine, le bois au bûcher. Si nous n'avions recherché leurs ulcères perforants, nous ne les aurions même pas soupçonnés. C'est que ces ulcères sont absolument insensibles, n'apportent aucune entrave à la marche, suppurent à peine, presque pas; puis le paralytique est, à toutes les périodes de son affection, très peu soucieux de sa personne. Je me demande si là n'est peut-être pas la raison de la rareté des observations publiées. On comprend que dans les grands services d'indigents, si encombrés de nos jours, un mal qui n'est ni douloureux ni dangereux, qui siège en des points non exposés aux regards, dont le malade ne se plaint jamais, puisse passer très souvent inaperçu. La découverte de nos trois derniers cas donne un certain fondement à cette supposition. Ajoutez que l'attention n'a été encore attirée de ce côté, d'une manière spéciale, que par le travail de M. Christian, et on verra qu'il n'est peut-être pas prudent d'affirmer, d'ores et déjà, la très grande rareté de l'ulcère perforant dans la paralysie générale. Il sera facile d'ailleurs à mes collègues des asiles de faire la lumière sur ce point en passant, comme nous, la revue des pieds de leurs malades. Je dois dire toutefois que M. Boubila, qui a bien voulu, sur ma demande, examiner à ce point de vue les malades femmes de Saint-Pierre, dont vingt étaient des paralytiques, est ar-

rivé à un résultat négatif. Mais voici nos trois observations.

OBSERVATION VIII. (Personnelle.) — *Hérédité congestive et arthritique. — Suppression d'épistaxis et d'hémorroïdes habituels. — Début de la paralysie génerale en 1885. — Quelques excès alcooliques. — Congestion cérébrale en octobre 1886 suivie de l'aggravation de l'affection paralytique. — Mal perforant double dans le courant de 1887. — Rémission de la paralysie générale.*

Joseph Gai..., âgé de 44 ans, marié et père de cinq enfants, menuisier, entré à Saint-Pierre, le 15 septembre 1887. Hérédité congestive; du côté de la mère, dit la femme du malade, ils ont toujours le sang à la tête. Gai..., lui aussi, se congestionnait facilement et était, de plus, sujet à quelques accidents arthritiques, héréditaires aussi dans sa famille. Il avait en outre de fréquentes épistaxis et chaque mois environ un écoulement hémorroïdal assez abondant : d'ordinaire il se trouvait bien de ces pertes de sang. Dans le courant de 1885, ennuyé de ses hémorrhoïdes, il fit un traitement que lui indiqua une commère. D'après sa femme, qui m'a fourni ces divers renseignements, à partir de cette médication il n'eut plus d'hémorragies ni par l'anus ni par le nez, mais son caractère se modifia. Il avait été jusqu'alors très doux, très rangé, vivant toujours chez lui. Il eut dès lors des emportements inexplicables, mena une existence plus extérieure et s'adonna à la boisson. Il en fut ainsi jusqu'en septembre 1886 où il eut une congestion cérébrale assez grave, qui laissa à sa suite des signes physiques manifestes de paralysie générale : embarras de la parole, inégalité pupillaire, tremblements fibrillaires des muscles de la face. L'intelligence s'affaiblit, en même temps que survinrent des préoccupations non justifiées relativement à ses affaires, des craintes de ruine et de misère : la tendance aux alcools persista. Le médecin de la famille essaya vainement de rappeler les hémorroïdes. Cet état se maintint peu ou prou jusqu'en octobre 1887, mais les symptômes physiques et intellectuels signalés plus haut prirent tout à coup, peut-être sous l'influence de libations alcooliques, une acuité telle que la séquestration d'office eut lieu le 15 septembre. Les accidents aigus s'apaisèrent assez rapidement, et à partir des derniers jours de novembre, Gai... offrit bien encore de l'embarras de la parole et de l'inégalité pupillaire, mais du côté de l'esprit il n'eut plus que de l'affaiblissement intellectuel.

Quand on découvrit chez ce malade, dans les conditions que nous avons indiquées, les ulcères que nous allons décrire,

Gai..., paralytique en rémission, faisait les commissions du quartier, marchait sans boiterie et ne se plaignait pas de ses pieds. Or, ils étaient l'un et l'autre atteints de mal perforant à la seconde période.

Pied gauche. — Ulcère perforant à la fin de la deuxième période, à la partie postérieure de la face plantaire du gros orteil, immédiatement au-dessus de l'articulation métatarso-phalangienne, d'un diamètre transverse de un centimètre et demi et d'un diamètre antéro-postérieur d'un peu plus d'un demi-centimètre, creusé en puits, à fond rougeâtre, à bords durs, à sécrétion rare ; l'os n'est pas atteint mais est sur le point de l'être. Sueur abondante et très fétide. Insensibilité de la plaie et de toute la face plantaire du pied. L'orteil où siège le mal est en forme de massue; l'ongle jaunâtre et incurvé. La cheville et la face dorsale du pied sont œdématiées. Amas epidermiques au talon. Un erythème ulcéré se montre à la face antéro-inférieure du tibia.

Pied droit. — Ulcère perforant au début de la deuxième période, au même endroit que le précédent, du diamètre d'une grosse tête d'épingle, encore peu profond, sécrétant peu et entouré d'un durillon. Insensibilité de la plaie et de tout le pied qui est atteint d'un léger œdème ; l'ongle du gros orteil est jaunâtre et incurvé. Amas épidermiques au talon et au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du premier orteil. Sueur abondante et fétide.

Sur ma demande, la femme du malade m'apprit qu'en lavant les chaussettes de Gai..., elle découvrit à diverses reprises sur quelques-unes, à leur extrémité inférieure, des taches de sang ; elle dit alors — mai 1887 — à son mari qu'il devait avoir une blessure au pied. Gai... répondit : non, car il ne sentait rien. Elle examina et découvrit au pied gauche, au point ou siège aujourd'hui l'ulcère perforant, un gros durillon noir qui laissait suinter un peu de sérosité rougeâtre. Le pied droit était alors sain, elle est, dit-elle, certaine du fait. A force de faire prendre au malade des bains de pieds quotidiens dans des décoctions de plantes aromatiques, le durillon tomba et laissa à sa place une petite plaie insensible, à bords durs, qui s'élargit et se creusa de plus en plus, en dépit de mille soins. Puis elle s'aperçut en juillet qu'au point symétrique du pied droit se formait aussi un durillon noir, en tout semblable à celui qu'elle avait découvert deux mois auparavant au pied gauche et qui se comporta comme lui ; il tomba sous l'influence de lavages répétés, donnant naissance à l'ulcère que nous avons décrit.

Aujourd'hui, mi-décembre, les deux ulcères perforants sont stationnaires.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer ne peuvent laisser, nous semble-t-il, aucun doute sur le bien fondé de notre diagnostic de mal perforant. Les symptômes constatés et l'évolution décrite par la femme du malade sont, en effet, caractéristiques. D'un autre côté, Gai... ne présente que de la paralysie générale. Il buvait sans doute un peu depuis le début de son affection paralytique, mais il n'était pas à ce point intoxiqué qu'il faille rattacher ses ulcères perforants à l'alcoolisme. Jamais il n'a présenté les symptômes du délire alcoolique qui vient si souvent se surajouter au délire paralytique ; il a eu sans doute des idées de ruine, mais jamais, ni hallucinations de la vue, ni troubles sensoriels terrifiants. A son entrée, le diagnostic porté fut exclusivement celui de paralysie générale ; rien, ni dans l'état physique, ni dans l'état mental, n'éveilla l'idée d'alcoolisme.

OBSERVATION IX. (Personnelle.) — *Hérédité directe. — Excès de toute nature. — Syphilis en 1872. — Début de la paralysie générale au printemps 1886. — Délire expansif puis hypocondriaque. — Fréquentes congestions cérébrales. — Mal perforant à la première période. — Marche progressive de l'affection paralytique.*

Albert Bur..., 46 ans, sans profession, célibataire, placé volontairement le 4 juin 1887. Hérédité directe : la mère est morte de paralysie générale à l'âge de 48 ans. Bur... n'a jamais rien fait et s'est livré à tous les excès ; il a eu en 1872 une syphilis qui fut bien traitée. Complètement ruiné, il alla vivre à Paris, en 1884, chez sa sœur. Les premiers symptômes de la paralysie générale se montrèrent au printemps 1886. Après quelques semaines d'une dépression assez marquée, Bur... présenta les symptômes caractéristiques de l'exaltation du début de la folie paralytique : besoin exagéré de mouvement, achats inconsidérés, etc., etc. Au commencement de 1887, la scène changea, le malade devint hypocondriaque, se plaignit de ne plus avoir d'estomac et s'alimenta mal. On le renvoya de Paris à Marseille, et à son entrée à l'asile Saint-Pierre il était en proie à une dépression marquée, se disait mort et présentait tous les symptômes physiques de la démence para-

lytique. En juillet, août et septembre, il eut plusieurs poussées congestives qui nécessitèrent le séjour au lit et un traitement énergique. Sous l'influence de ces congestions répétées, les symptômes physiques et l'affaiblissement intellectuel s'accrurent, Bur... devint gâteux. Depuis septembre les congestions ne se sont plus reproduites, mais Bur... est resté franchement un paralytique général à la seconde période. Au point de vue mental, il y a surtout prédominance de la dépression et de la démence.

Lors de l'examen des pieds on découvrit chez Bur..., *à gauche*, à la face plantaire du gros orteil, trois points noirs ovalaires très rapprochés les uns des autres : le plus grand, d'un centimètre, et les deux autres à peine d'un demi-centimètre. Le gros orteil est absolument insensible ; le reste du pied est à demi-anesthésié. Amas épidermiques au talon, ainsi que sur la face plantaire et le bord externe du premier métatarsien. Ongles jaunâtres, fendillés. Léger œdème du pied. Masses musculaires de la jambe, moins développées que celles de l'autre côté. Sécrétion sudorale nulle. Au *pied droit*, on ne remarque que des amas épidermiques aux mêmes points qu'à gauche.

Aujourd'hui — mi-décembre — un des deux petits points noirs s'est fusionné avec le grand dont le diamètre s'est ainsi accru.

Je n'ignore pas toutes les difficultés du diagnostic du mal perforant à la première période, alors que l'ulcère n'est pas encore à découvert, mais il me semble que dans le cas de Bur.., la forme ovalaire des points noirs, la fusion du plus grand avec un des plus petits par une marche envahissante, l'insensibilité absolue de l'orteil, l'état des ongles et des masses musculaires, ainsi que l'œdème autorisent ce diagnostic. Puis Bur... est un véritable paralytique général à la seconde période, sans ataxie locomotrice; Je n'ai jamais constaté chez lui aucun symptôme d'alcoolisme.

Observation X. (Personnelle.) — *Pas de renseignements sur la famille et l'évolution de la maladie avant l'admission. — Excès de toute nature. — Paralysie générale à forme expansive à la deuxième période. — Mal perforant à la troisième période. — Rémission de la paralgsie générale.*

Eugène Tai..., âgé de 45 ans, boulanger, célibataire, entré à Saint-Pierre, le 21 juin 1885. Comme renseignements nous savons seulement, d'un ami du malade, que Tai... avait la

réputation d'un noceur et se livrait à tous les excès. A son entrée, il présente tous les symptômes physiques et mentaux de la paralysie générale progressive à forme expansive et à la deuxième période. Pas trace d'alcoolisme. En septembre une rémission notable s'était produite. Au point de vue mental, il n'y avait plus qu'une démence assez avancée; et au point de vue physique, qu'un embarras de la parole assez marqué. Cette rémission se maintient depuis quatre mois.

A l'examen des pieds, nous découvrîmes *à droite* un mal perforant au talon, ayant mis à nu le calcanéum qui est dénudé et altéré. L'ulcère est ovalaire, creusé en puits; le plus grand diamètre de l'ouverture est de trois centimètres, le plus petit de deux; la plaie sécrète peu; ses bords sont taillés à pic et entourés d'un bourrelet épidermique très épais et très dur; elle est complètement insensible. On peut en toucher impunément tous les points avec un stylet. D'ailleurs le malade, depuis sa rémission, est l'homme de peine et le commissionnaire du quartier, et rien n'avait attiré l'attention du côté de son mal. Ses ongles sont noirâtres, fendillés et déformés; la sécrétion sudorale abondante et fétide. Il y a un œdème remontant jusqu'au tiers inférieur du tibia. *Pied gauche* sain.

Le malade est dans un tel état de démence et fournit des renseignements si contradictoires sur le début et l'évolution de son ulcère, qu'il n'est pas possible de s'en rapporter à ses dires.

L'ulcère de Tai... est le plus net et le plus beau que nous ayons rencontré, et certes, voyant le malade circuler partout, nous l'aurions soupçonné le dernier d'avoir au talon une telle lésion.

M. Christian termine sa communication de 1882 par les réflexions suivantes : « Chez mes deux malades, il y a eu, après une crise aiguë très violente, une rémission complète. Le mal perforant a-t-il été pour quelque chose dans ce résultat? Cela me paraît probable. Presque toutes les rémissions de paralysie générale surviennent à la suite d'une suppuration prolongée : il me semble naturel de croire que le mal perforant a agi à la manière d'une plaie suppurante. » M. Morer, dans la *Gazette hebdomadaire* du 28 juillet 1882, a vivement critiqué cette manière de voir. Il est certain qu'*a priori*, je ne serais pas très disposé à la partager; d'ordinaire les

rémissions dont parle l'aliéniste de Charenton ont lieu quand le travail inflammatoire est intense ou la suppuration abondante. Le mal perforant ne remplit aucune de ces deux conditions : il a, au contraire, pour caractères essentiels, de sécréter très peu et d'évoluer avec une extrême lenteur, pour ainsi dire à la sourdine. Mais la clinique est, ici comme partout, le grand juge ; et, à cet égard, que nous apprennent nos cinq cas ? Tout d'abord, il importe de laisser de côté le malade de l'observation IX, puisque son ulcère n'est qu'à la première période ; or, sur les quatre restant, trois ont éprouvé des rémissions remarquables qui persistent, et le quatrième était atteint en même temps d'ataxie locomotrice, ce qui autorise aussi son élimination. M. Christian aurait donc vu juste.

Un dernier mot. Tous les médecins qui se sont occupés de l'étiologie du mal perforant ont été unanimes à considérer l'alcoolisme comme une de ses principales causes. Ils ont différé d'avis, sans doute, quant à son mode d'action, les uns enseignant que l'alcool engendrait l'ulcère par l'athérome des vaisseaux, les autres par myélite ou névrite périphérique, mais aucun n'a nié un rapport étroit entre ce mal et cette intoxication. Or, je suis frappé de ce fait que tous mes cinq paralytiques atteints d'ulcères perforants avaient fait, peu ou prou, des excès alcooliques, ceux même qui n'ont jamais présenté aucun symptôme d'empoisonnement avaient bu plus ou moins. Je ne serais donc pas éloigné de croire que le mal perforant se rencontre de préférence chez les paralytiques qui, à une époque ou une autre de leur maladie, ont commis des excès de cette nature.

Je terminerai ce mémoire par les conclusions suivantes, que justifient à mon avis les considérations et les observations qui précèdent :

I. La paralysie générale progressive est une cause de

mal perforant au même titre que les autres maladies du système nerveux.

II. La rareté des observations publiées de mal perforant dans la paralysie générale tient peut-être à ce que cette complication doit être minutieusement recherchée pour être découverte, et à ce que l'attention n'a pas étésuffisamment appelée sur elle.

III. Le mal perforant se rencontre de préférence chez les paralysés généraux qui sont alcooliques ou qui, sans l'être, ont fait quelques excès de boissons.

IV. Le mal perforant, à en juger par les faits jusqu'à ce jour connus, favoriserait les rémissions chez les paralysés généraux qui en sont atteints.

DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DU MÉTHYLAL

CHEZ LES ALIÉNÉS

Par le Dr H. BOUBILA

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille

ET

A. HADJÈS

Interne

I

Parmi les nombreuses substances appartenant à la série grasse, dont la puissance somnifère a été expérimentée dans ces derniers temps, bien peu ont acquis la confiance du praticien. Nous citerons au premier plan

l'éther, le chloroforme, l'hydrate de choral — au second la paraldéhyde, l'uréthane et l'hypnone.

En général, il est à remarquer que les corps qui jouissent d'un pouvoir hypnotique net, ne possèdent qu'un petit nombre d'atomes de carbone, peu élevés dans leur degré d'oxydation. De plus, il est de fait que dans la série des alcools et des carbures d'hydrogène, le degré d'hypnose produit est en raison inverse du poids moléculaire du corps employé; c'est ainsi que l'aldéhyde méthylique agit d'une manière plus intense que l'aldéhyde éthylique.

Des considérations chimiques de cet ordre ont amené M. Étienne Personali, du Laboratoire de pharmacologie de Turin, à exprimenter le Méthylal sur les animaux au point de vue de ses propriétés hypnotiques. Ses expériences ont fait le sujet d'une note qu'il présenta à l'Académie de médecine de cette ville, au mois de juin 1886, et d'un mémoire (1) qui parut à la même époque. — Après lui, MM. Mairet et Combemale, de Montpellier, communiquèrent à l'Académie des sciences (séance du 24 avril 1887) les résultats de leurs recherches sur l'action physiologique du Méthylal et sur son action thérapeutique chez les aliénés.

Ces recherches ont été brièvement exposées ultérieurement dans un très intéressant article paru dans le *Progrès Médical* (2).

I. — D'après ces expérimentateurs, le Méthylal (diméthylate de méthylène) introduit chez les animaux par une de voies ordinaires (hypodermique, stomacale, pulmonaire) donnerait lieu, entre 0 gr. 25 et 0 gr. 50 par kilogramme du poids du corps, à un sommeil calme

(1) Sull'azione fisiologica del Metilal e sul suo potero ipnotico, esperienze del signor St. Personali. (*Giornale della real Academia de medecina di Torino*, 1886, p. 293.)
(2) Voy. *Progrès médical*. N° 27, du 2 juil. 87.

avec conservation des réflexes ; — à cette dernière dose le sommeil serait plus profond, mais la sensiblité serait notablement émoussée.

Entre 0 gr. 50 et 1 gr. 50 par kilogramme du poids de l'animal, le sommeil serait invincible et les réflexes à peu près totalement abolis; mais on observerait en même temps des phénomènes toxiques faibles et passagers avec un léger abaissement de la température.

Au-dessus de 2 grammes par kilogramme du poids du corps, l'intoxication serait caractérisée par des troubles comateux et paralytiques, chute de la température et augmentation de la fréquence du pouls et de la respiration. — Ces troubles graves disparaîtraient deux ou trois heures après le début de l'expérience, en laissant persister le sommeil avec ses caractères habituels.

L'élimination du Méthylal serait rapide et s'effectuerait de préférence par la voie pulmonaire. Enfin, au même titre que la paraldéhyde et la plupart des hypnotiques, il y aurait antagonisme réel entre la strychnine et le Méthylal, qui aurait le pouvoir de suspendre les convulsions tétaniques des animaux strychnisés.

II. — Transporté dans le domaine de la médecine mentale, la Méthylal, d'après les mêmes observateurs, serait inefficace dans la folie alcoolique et dans la période de début des folies simples; par contre, il agirait dans la période d'état de ces folies simples, dans la démence par athéromasie et la démence paralytique.

Les doses nécessaires pour produire le sommeil varieraient entre 5 et 8 grammes selon les cas. L'accoutumance se produirait cependant au bout de cinq à six jours; mais deux ou trois jours de repos suffiraient en général pour rendre l'organisme sensible de nouveau à l'action hypnotique du Méthylal. — Ce médicament serait enfin d'une innocuité absolue vis-à-vis des grandes fonctions et du système nerveux.

II

En aliénation mentale, il est peu d'hynoptiques sur lesquels on puisse compter; l'hydrate de chloral par exemple, qui est le médicament de prédilection chez l'homme sain d'esprit, se montre malheureusement trop souvent infidèle chez l'aliéné. Aussi est-ce dans l'espoir de pouvoir substituer avantageusement en thérapeutique mentale, aux médicaments usuels de cette catégorie, un agent qui sans posséder leurs propriétés nocives, soit en même temps plus efficace et plus constant dans son action, que nous avons expérimenté le Méthylal.

Nos recherches ont été faites exclusivement sur des femmes de notre service;—elles ont porté sur les formes les plus fréquentes d'aliénation mentale. Pour la commodité de la description et des conclusions à déduire, nous répartirons nos trente-trois cas en : « A folies simples — B démences — C paralysies générales progressives. »

Le Méthylal a été donné, par la bouche, de 3 à 9 grammes dans 120 grammes d'eau édulcorée par du sirop simple, pendant plusieurs jours consécutifs et à plusieurs reprises. Nos malades prenaient leur potion une heure après le repas du soir, au moment du coucher. Nous n'avons pas remarqué chez elles des troubles dans les grandes fonctions, qu'il nous fût permis d'imputer à la médication.

La relation détaillée de nos trente-trois observations ne pouvant offrir un grand intérêt, nous les résumons brièvement.

A — FOLIES SIMPLES

Observation I. — Aquar....., veuve G..., 66 ans, ménagère, née en Italie, dans l'Asile depuis dix mois, — affectée de lypémanie. A son entrée cette malade a présenté du mutisme, des hallucinations de l'ouïe, de la sitiophobie et des idées de sui-

cide ; bientôt, hors la dépression qui a persisté, tous ces symptômes se sont amendés pour faire place à un affaiblissement considérable de la mémoire, à une insomnie opiniâtre accompagnée d'un bavardage continuel pendant la nuit. — Durant huit jours 4 gr. de Méthylal ont été prescrits ; les cinq premières nuits le sommeil apparaît, mais va en décroissant ; le sixième jour l'accoutumance semble s'être produite et la malade recommence son manège habituel.

Obs. II. — Franç... P..., 20 ans, née en Corse, dans l'Asile depuis trois mois, affectée de lypémanie d'origine puerpérale. Malade plongée dans un état stupide avec mutisme et sitiophobie, passe ses nuits assise sur son lit ou bien se lève et se promène en chemise dans le dortoir sans aucune conscience de ses actes.

5 gr. de Méthylal, prescrits durant cinq jours consécutifs, lui procurent dès la première nuit un bienfaisant sommeil.

Obs. III. — Mérit... T..., 64 ans, entrée à l'Asile en juin 1884, atteinte de lypémanie. Cette malade, qui est l'objet d'une surveillance constante, a des hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe (pas d'antécédents alcooliques), des idées de persécution et des idées de suicide qu'elle essaie de mettre à exécution incessamment ; elle parle sans discontinuer, à voix basse, surtout la nuit. — 8 gr. de Méthylal sont donnés durant six jours ; le médicament n'agit que le troisième jour et influence la malade de trois à quatre heures par nuit le reste du temps. Ce calme se continue en dernier lieu au réveil.

Obs. IV. — Charr... A..., 23 ans, née à Marseille, entrée le 22 déc. 86, — atteinte de folie à double forme. La période de dépression dure jusqu'en fin juillet 87 ; sortie en congé sur la demande de son mari, à cette époque, elle est réintégrée trois mois après en pleine période maniaque avec violente agitation diurne et nocturne. Le chloral associé aux bromures alcalins n'a guère produit l'effet qu'on était en droit d'attendre.

Nous donnons le Méthylal à la dose de 5 gr. les deux premiers jours et à celle de 8 gr. pendant quatre autres jours. Chez cette malade nous avons obtenu journellement un sommeil de six à huit heures. Un calme fort sensible a remplacé pendant la journée la bruyante agitation des jours précédents.

Obs. V. — Jull. L..., 27 ans, blanchisseuse, née à Marseille, entrée à l'Asile en sept. 86, — affectée de folie à double forme. Période d'excitation maniaque jusqu'en mi-juillet 87, à cette époque quelques jours de calme auxquels succède de la dépression avec mutisme, sitiophobie et tentatives de suicide. Bientôt les idées de suicide s'émoussent, et, quoique sans initiative aucune, la malade satisfait aux besoins de la vie végétative. —

5 gr. de Méthylal pendant huit jours ont raison de l'insomnie, calme mais opiniâtre, de cette malade pendant tout le temps de l'expérience.

Obs. VI. — Merl... C..., 30 ans, domestique, originaire de l'Isère, entrée en sept. 86,— atteinte de folie à double forme. La période d'agitation maniaque dure un mois, jusqu'en oct. ; à cette époque un mois de calme, auquel succède de la dépression avec panophobie et sitiophobie jusqu'en mi-décembre de la même année. Un calme très accentué reparaît de nouveau jusqu'en avril 87, époque à laquelle l'agitation éclate brusquement et persiste nuit et jour avec de légères variations d'intensité..... Dans un premier essai, 5 gr. de Méthylal pendant cinq jours se montrent inefficaces..... Dans un second essai, huit prises dont 4 de 5 gr., et les dernières de 8 gr., produisent, du premier jour au troisième, un sommeil de deux à trois heures ; le reste du temps M... recommence son train habituel.

Obs. VII. — Ever C..., 51 ans, couturière, à l'Asile depuis quatre ans, — atteinte de folie à double forme. L'intervalle lucide dure de huit à dix mois ; les accès d'agitation maniaque n'ont lieu que pendant un à deux mois et sont d'une très grande violence avec insomnie et loquacité nocturne.

Traitée dans cette période, elle absorbe pendant cinq jours, 4 gr. de Méthylal qui ne nous donnent qu'un résultat absolument négatif. Dans un second essai, entrepris un mois après avec 8 gr. pendant six jours, cette malade reste complètement insensible et continue à s'agiter comme d'habitude.

Obs. VIII.— Gau... R..., 34 ans, originaire de Bavière. Dipsomane, qui après une année de calme est réintégrée en nov. 87, à la fin d'un accès de 12 jours dont le début a coïncidé avec l'apparition des menstrues. — Insomnie persistante pour laquelle cette malade prend 3 gr. de Méthylal pendant cinq fois, lesquels lui procurent un sommeil de six à sept heures en moyenne. Très intelligente d'ailleurs, elle nous exprime ses sensations après l'absorption du médicament et la rapidité avec laquelle elle succombe au sommeil. Le chloral dans ce cas a été administré sans résultat.

Obs. IX. — Dach... A..., 40 ans, dans l'Asile depuis 9 mois, affectée de manie d'origine alcoolique. Agitation diurne, et nocturne continuelle, agression envers son entourage, malpropre, déchire tout et a des illusions et quelques rares hallucinations de l'ouïe. — Cinq prises de 5 grammes de Méthylal restent sans effet ; on n'observe qu'une singulière dépression générale ; la malade, qui a l'habitude de déchirer ses draps et de s'amuser avec de la paille, reste calme et ne touche à rien.

Obs. X. — March... T..., 25 ans, repasseuse, originaire

d'Italie, atteinte de manie aiguë. Loquacité, incohérence, gestes désordonnés, actes de violence ; passe ses nuits à crier et à frapper contre la porte de sa cellule. — Cette malade, aux doses de 5 gr. pendant cinq jours, se montre absolument réfractaire et continue son tapage et ses cris. Le chloral, les bromures et l'uréthane à hautes doses se sont montrés également inefficaces.

Obs. XI. — Mounn... J..., 29 ans, domestique, originaire d'Italie, réintégrée il y a trois mois, — atteinte de manie périodique avec intermittences de longue durée. Hallucinations de l'ouïe et de la vue, offensibilité, incohérence, loquacité et tapage nocturne.

Avec 3 gr. de Méthylal prescrits pendant sept jours consécutivement, M... dort d'un excellent sommeil toute la nuit et cesse ainsi tout bruit dans le dortoir.

Obs. XII. — Mourl... G..., 29 ans, domestique, née à Marseille, atteinte de manie épileptique. Attaques très rares, accès d'agitation assez fréquents avec prédominance d'hallucinations de la vue et de l'ouïe ; intelligence peu développée, loquacité diurne et nocturne. Cette malade cesse son bavardage et dort bien toute la nuit avec 3 gr. de Méthylal pendant six jours.

Obs. XIII. — Wol... A..., 33 ans, brodeuse, originaire d'Alsace, dans l'Asile depuis un an, — atteinte de délire de persécutions. Hallucinations de l'ouïe persistantes, ses persécuteurs lui font endurer d'atroces souffrances par l'électricité ; elle s'était munie d'un revolver pour se débarrasser d'eux, mais la séquestration l'a empêchée de mettre à exécution ses projets homicides. Insomnie constante et périodes d'exacerbation tendant à la continuité. — Un premier jour 5 gr. de Méthylal lui sont prescrits, lesquels restant inefficaces sont portés à 8 gr. durant cinq jours ; au bout de ce temps, Wol... refuse de prendre sa potion sous prétexte qu'on ne s'occupe pas de sa sortie. Toutes les fois que le médicament a été pris, la malade a reposé de trois à quatre heures par nuit.

Obs. XIV. — Palm... L..., 46 ans, commerçante, originaire des Bouches-du-Rhône, dans l'Asile depuis deux mois, atteinte de lypémanie. Hallucinations de la vue et de l'ouïe à caractère terrifiant (pas d'antécédents alcooliques), exacerbation de temps à autre avec actes de violence sur son entourage, tentatives de suicide, perversion de la sensibilité générale, insomnie. — Malade très indocile, qui n'a pris que la moitié d'une potion contenant 5 gr. de Méthylal, soit approximativement 2 gr. 50 durant sept jours consécutifs, pendant lesquels elle a goûté un repos de trois à quatre heures par soirée.

Obs. XV. — Audif... M..., 34 ans, née à Marseille, dans

l'Asile depuis un mois, affectée de lypémanie avec quelques hallucinations de l'ouïe et prédominance d'idées de suicide. Etat semi-stupide avec insomnie. — 5 gr. de Méthylal pendant six jours produisent un repos continu de cinq à six heures par nuit.

Obs. XVI. — Pign... T..., 42 ans, originaire des Bouches-du-Rhône, dans l'Asile depuis deux mois, — atteinte de lypémanie avec prédominance d'hallucinations de la vue et de l'ouïe. Insomnie persistante avec gémissements surtout la nuit. Le Méthylal est donné pendant neuf jours consécutifs ; les trois premiers jours à la dose de 5 gr., les six derniers à celle de 8 gr. Chez cette malade nous avons obtenu un repos de cinq à six heures par soirée les quatre derniers jours.

Obs. XVII. — Jai... A..., 25 ans, domestique, originaire de la Drôme, dans l'Asile depuis un mois, atteinte de manie avec incohérence, hallucinations peu accentuées de la vue et de l'ouïe. Violences sur son entourage, loquacité surtout nocturne. — 5 gr. de Méthylal, pendant cinq jours, plongent cette malade dans un sommeil de sept à huit heures pendant toute la durée de la médication.

Obs. XVIII. — Tard... F..., 31 ans, originaire de Vaucluse, atteinte de lypémanie. Accès brusques et de peu de durée, de dépression avec anxiété, larmes et idées de suicide, survenant sans cause appréciable. Aucune perversion des sens. Insomnie pendant l'accès avec pleurs et gémissements.

5 gr. de Méthylal pendant six jours procurent à cette malade six nuits d'un excellent sommeil.

Obs. XIX. — Reb... C..., 22 ans, journalière, née à Marseille, dans l'Asile depuis un mois, — atteinte de lypémanie entée sur de l'imbécillité. — Sitiophobie, mutisme, état stupide pendant la journée ; insomnie la nuit avec larmes, cris, panophobie. — Cette insomnie n'est pas jugulée avec 5 gr. de Méthylal administrés pendant six jours ; on n'obtient qu'un peu de somnolence qui retient la malade au lit et l'empêche de se lever pour circuler dans la salle.

Obs. XX. — Cam..., veuve B..., 50 ans, originaire des Bouches-du-Rhône, réintégrée pour la quatrième fois. — Atteinte de lypémanie avec hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe (pas d'antécédents alcooliques) anxiété, mutisme, insomnie complète.

Prend dès les premiers jours de sa rentrée 3 gr. de Méthylal pendant cinq jours, lesquels donnent des résultats bien plus certains que les injections hypodermiques de chlorydrate de morphine auxquelles elle était soumise antérieurement. Cette malade a dormi cinq à six heures en moyenne par nuit, pendant toute la durée de l'épreuve.

Obs. XXI. — Perin..., veuve M..., 34 ans, originaire de la Seine-Inférieure, réintégrée pour la troisième fois, atteinte de lypémanie d'origine alcoolique. Egarement, panophobie, hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe, pleurs et gémissements continuels, surtout la nuit. Dès la seconde nuit de sa rentrée, cette malade prend 5 gr. de Méthylal qui donnés pendant cinq jours consécutifs procurent un sommeil de cinq à six heures les trois dernières nuits de l'essai.

Obs. XXII. — Mill... C..., 41 ans, originaire des Alpes-Maritimes, dans l'Asile depuis 14 mois, atteinte de lypémanie avec conscience. Malade fort intéressante, ayant par accès, sans régularité dans leur durée et dans l'ordre de leur manifestation, des hallucinations de l'ouïe et de la vue, et des idées de suicide auxquelles elle a su résister jusqu'à ce jour. Elle est affectée, en outre, d'une migraine très intense qui la tient dans une veille continuelle et contre laquelle nous avons essayé sans succès l'antipyrine en injections hypodermiques et à l'intérieur.

Dans un de ses accès, 3 gr. de Méthylal restent sans effet pendant deux jours ; à 5 gr. durant trois autres jours, on obtient un sommeil de trois à quatre heures par soirée.

De ces vingt-deux cas, il résulte que le Méthylal est un excellent hynoptique dans les folies simples en général. Il nous paraît plus spécialement indiqué dans la lypémanie, fût-elle d'origine alcoolique (Obs. XXI), tant à la période d'état qu'à la période de début. En effet, sauf dans un cas tout à fait aigu (Obs. XIX), toutes celles qui étaient affectées de cette forme d'aliénation mentale se sont montrées sensibles à l'action du médicament avec des doses variant entre 3 grammes et 8 grammes. — Dans les folies à double forme, nous n'avons obtenu d'une manière générale qu'un succès partiel (hors un cas, Obs. V), et il ne nous paraîtrait être de mise que dans les périodes de dépression de ces folies.

Enfin, nous serions moins partisans du Méthylal dans les manies au début et nous ne les prescririons que dans des cas particuliers de manie épileptique et de manie intermittente, en dehors des poussées aiguës.

B — DÉMENCES

Obs. XXIII. — Jou... U..., 70 ans, née à Valgorge (Ardèche), dans l'Asile depuis quatre mois, — atteinte de démence sénile. Affaiblissement des facultés intellectuelles et affectives, perte de la notion du temps et du lieu, illusions et hallucinations de la vue et de l'ouïe. Cette malade délire, et parle seule la nuit avec ses enfants et ses amis qu'elle croit voir autour de son lit.

Pendant quatre jours elle absorbe 4 gr. de Méthylal, un sommeil de cinq à six heures est obtenu dès la première nuit, lequel se maintient jusqu'à la fin. Un mois après dans un deuxième essai, 8 gr. donnés pendant six jours produisent pendant toute la durée de la médication, un long et paisible sommeil. Une troisième fois, à la même dose que précédemment, nous obtenons les mêmes effets qui nous donnent la certitude que Jou... est sensible à l'hypnotique et que l'accoutumance ne se produirait chez elle qu'à la longue.

Obs. XXIV. — Blanc... veuve P..., 79 ans, originaire du Var, dans l'Asile depuis huit mois, affectée de démence sénile. Cette malade a eu à plusieurs reprises des congestions cérébrales avec des troubles consécutifs de la motilité du côté gauche, lesquels disparaissaient au bout de peu de jours. Il y a deux mois, à la suite d'une poussée congestive, une agitation continuelle a tourmenté cette malade qui depuis ne cesse de parler, de déchirer sa literie et se lève toutes les nuits pour se promener dans le dortoir.

Nous prescrivons 5 gr. de Méthylal durant 8 jours. Un sommeil d'une durée de quatre à cinq heures par soirée est obtenu, du deuxième au sixième jour; dès ce moment, quoique tranquille pendant la nuit, la malade n'est plus influencée : l'accoutumance semble s'être produite.

Obs. XXV. — Daus... C..., 45 ans, journalière, née à Calmon (Aveyron), dans l'Asile depuis dix mois, — atteinte de démence consécutive à un ramollissement cérébral, avec aphasie et hémiplégie droite. Calme le jour, cette malade se démène et pousse des cris aigus et inarticulés pendant la nuit.

Un sommeil de trois à quatre heures résulte de l'administration quotidienne de 5 prises de 8 gr. de notre hynoptique; mais l'insomnie et l'agitation recommencent, ce laps de temps écoulé.

Obs. XXVI. — Allai..., 34 ans, née à Mauron, dans le Morbihan, — atteinte d'une lésion médullaire et de troubles cérébraux à la suite d'une fièvre typhoïde. Hallucinations terrifiantes de la vue (pas d'antécédents alcooliques), insomnie

consécutive, douleurs lancinantes dans les membres inférieurs qui ont été traitées avec un succès partiel par l'antipyrine à l'intérieur et en injections hypodermiques; — tendance à la démence. 3 gr. de Méthylal pendant six jours produisent un sommeil paisible de presque toute la nuit avec quelques réveils espacés. Une seconde fois 5 gr. pendant six jours donnent des résultats analogues. — Dans ce cas les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine ont été inefficaces.

Obs. XXVII. — Garn... A..., 59 ans, originaire des Alpes-Maritimes, dans l'Asile depuis 23 mois, atteinte de démence consécutive à une lypémanie; quelques idées de grandeur et de persécution, illusions, affaiblissement progressif des facultés mentales, bavardage incessant diurne et nocturne fatiguant tout le monde par sa persistance et la répétition d'un nombre très restreint de paroles.

Cette malade prend 3 gr. de Méthylal pendant quatre jours, au bout desquels elle rejette sa potion sous prétexte que celle-ci la fait dormir et qu'elle veut veiller.

Des cinq observations que nous venons d'exposer, il résulte que le Méthylal maîtrise les insomnies liées à la sénilité, ainsi que celles qui relèvent d'une détérioration organique des centres nerveux et de la moelle. Cette action bienfaisante a lieu avec des doses de 3 et 5 grammes. — Dans aucun cas nous n'avons obtenu l'accoutumance au bout d'une période de cinq à six jours.

C — PARALYSIES GÉNÉRALES PROGRESSIVES

Obs. XXVIII. — Mauc... C..., 40 ans, née à Marseille, entrée à l'Asile au mois de janvier 87. — Atteinte de paralysie générale progressive à la période de déclin. Cette malade a eu des poussées congestives fréquentes avec agitation consécutive d'ordinaire de peu de durée. Depuis deux mois elle est agitée toutes les nuits et sa bruyante excitation tient toutes ses compagnes en éveil. Le chloral jusqu'à la dose de 2 gr. ne donne chez elle que des résultats incertains.

Le 24 sept. 87, 4 gr. de Méthylal lui sont prescrits ; le médicament est porté le troisième jour à la dose de 6 gr., et donné pendant cinq jours consécutifs. Il n'a procuré qu'un sommeil de une à deux heures les deux premières nuits, et n'a pas agi pendant les autres. — Dans un deuxième essai, 8 gr. pendant

six jours restent inactifs. Deux mois après, 8 gr. lui sont donnés de nouveau pendant sept jours, ce qui ne l'a pas empêché de parler et de crier sans cesse comme de coutume.

Obs. XXIX. — Bout... A..., 42 ans, giletière, née à Marseille, à l'Asile depuis quinze mois; — atteinte de paralysie générale progressive à la période d'état. Depuis son entrée, les symptômes de démence vont en s'accentuant et l'agitation est survenue brusquement, il y a deux mois ; l'insomnie est complète et le parlottage incessant. Pendant trois nuits, 4 gr. de méthylal sont administrés et, le médicament restant inactif, la dose est portée à 6 gr., du quatrième au huitième jour. Cette malade n'a pas goûté un moment de repos, et a été tout aussi loquace et agitée qu'avant ce traitement.

Obs. XXX. — Sic... H..., 41 ans, couturière, originaire du Var, dans l'Asile depuis quatre mois, — affectée de paralysie générale progressive à la période de début, avec excitation maniaque, incohérence et prédominance d'idées érotiques. — Cette malade, à gestes désordonnés et d'une turbulence rare, ne dort guère la nuit et trouble par sa loquacité le repos de ses camarades. Elle ingère 6 gr. de méthylal pendant trois jours, dose qui restant inefficace est portée à 9 gr. du quatrième au neuvième jour exclusivement. Cette dose, supérieure à toutes celles que nous ayons employées, n'a produit chez cette malade qu'une légère somnolence de très peu de durée. Quelque temps après, l'insomnie et la surexcitation ayant considérablement augmenté à la suite d'un phlegmon du genou droit, 9 gr. de méthylal donnés pendant six jours procurent un sommeil de deux à trois heures pendant les trois derniers jours.

Obs. XXXI. — Sass... A..., 52 ans, dans l'Asile depuis trois mois, — atteinte de paralysie générale progressive à la période de déclin. Parlottage incessant diurne et nocturne.

Cinq doses de 5 gr. de méthylal ont procuré un repos de quatre à cinq heures en moyenne par nuit pendant toute la durée de la médication.

Obs. XXXII. — Mart... L..., 76 ans, dans l'Asile depuis un mois, — atteinte de paralysie générale progressive à la période de déclin ; malade qui se découvre, déchire, se lève de préférence la nuit pour rôder dans la salle et fatigue enfin son entourage par ses discours continuels. — Sous l'influence de 3 gr. de méthylal, elle cesse tout bruit et dort parfaitement six nuits de suite. — Un mois après, à la suite d'une fracture du col du fémur droit, cette malade parle, crie et s'agite plus que jamais. — Nous prescrivons 8 gr. de méthylal qui produisent dès la première nuit l'effet espéré et lui procurent un sommeil réparateur pendant les six jours de l'essai.

Obs. XXXIII. — Vitto... S..., 51 ans, originaire de Corse, dans l'Asile depuis six mois, — atteinte de paralysie générale progressive à la période d'état. Prédominance d'idées de grandeur et, de temps à autres, périodes d'excitation et d'insomnie.

3 gr. de méthylal pendant quatre jours procurent un sommeil satisfaisant et font disparaître l'insomnie et l'agitation nocturnes.

D'après les six observations qui précédent, nous pensons que des conclusions rigoureuses sur l'action du Méthylal dans la paralysie générale progressive seraient prématurées.

Nous ne pouvons que constater son insuccès absolu dans les Observations XXIX et XXX, — son succès partiel dans les Observations XXVIII et XXXI et son action complète dans les cas XXXII et XXXIII.

Nous ferons remarquer cependant avec réserve que c'est dans la période de déclin que nous avons obtenu des résultats sérieux, puisque l'hypnotique a agi trois fois à cette période et que par contre, il ne s'est montré actif que dans un cas à la période d'état.

III

Pour conclure nous formulons les propositions suivantes : « 1° le Méthylal est un hypnotique puissant appelé à remplacer avantageusement les agents somnifères usuels dans les formes suivantes des maladies mentales : folies simples (manie aiguë exceptée), folie à double forme dans la période de dépression, folies intermittentes et épileptiques, démences consécutives à des lésions organiques, enfin dans la paralysie générale progressive quoique dans cette dernière affection son action ne soit pas sans conteste ; 2° sa solubilité, la facilité avec laquelle on le manie, sa saveur douce et agréable, son innocuité vis-à-vis de l'organisme, toutes réserves faites sur son prix, lui donnent une réelle supériorité sur le chloral, l'uréthane et les préparations opiacées. »

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

DE LA MÉLANCOLIE

Par M. le Pr B. BALL

Leçon recueillie par M. P. Sollier, interne des Hôpitaux

Messieurs,

Après vous avoir parlé de la folie circulaire constituée par des phases alternantes de mélancolie et de manie, entre lesquelles peuvent survenir des intervalles de lucidité, il m'a paru nécessaire de vous décrire séparément les deux états qui la constituent.

On considère souvent la mélancolie comme une maladie à part, une entité morbide.

Je la regarde comme un état général, pouvant se produire, à titre de symptôme, dans un grand nombre d'affections mentales.

Rien de plus fréquent, en effet, dans le cours de la paralysie générale, de la folie puerpérale, de la folie liée aux affections utérines, génitales, hépatiques, stomacales, intestinales, etc., etc. Ce n'est donc pas une maladie, mais un état général survenant dans le cours de certains états morbides, au même titre que l'adynamie dans la fièvre typhoïde, par exemple.

Je me propose d'en indiquer les principales formes intellectuelles, et de traiter des troubles physiques, somatiques, qui en sont sinon leur partie nécessaire, au moins une partie intégrante. Car la mélancolie est jusqu'à un certain point une affection intellectuelle dépendant d'un état morbide du corps.

La malade qui fait l'objet de cette leçon a une intelligence peu développée. Aussi son délire est-il peu brillant, terne, émoussé, presque fruste, tel qu'on le rencontre le plus souvent dans la pratique. C'est une femme de quarante ans, née à la campagne, chétive, rabougrie. Elle exerce la profession de matelassière, qui, jusqu'ici, n'a pas passé pour exiger un grand développement intellectuel. Elle a mené une existence régulière, est mariée et mère de deux enfants.

Elle appartient à une famille qui présente des taches héréditaires. En effet, sa mère est sourde. Je le signale, car, à une époque où on abuse tant de l'hérédité, on ne tient pas assez compte de la surdité, je ne dis pas chez les aliénés, mais chez leurs ascendants. Il en est de même de la céphalalgie lorsqu'elle est intense et fréquente. Elle a une sœur aliénée, enfermée à l'asile d'Orléans. Quant à ses deux enfants, ils sont bien portants au point de vue physique et intellectuel.

Vivant avec son mari, elle a été prise subitement de dégoût de la vie, a cessé de faire son ménage, ce qui est grave dans une famille d'ouvriers ; elle laissa tout à l'abandon, puis chercha à se suicider en se laissant mourir de faim.

Un jour, elle se procure une dose massive de morphine qu'elle avale d'un coup. Comme toujours en pareil cas, où l'on s'administre des doses excessives, elle est prise de vomissements et échappe ainsi aux conséquences de son acte.

Après avoir promis de ne pas recommencer, elle essaie, quelques jours plus tard, de s'asphyxier avec un poêle. C'est à la suite de cette tentative que son mari l'a fait interner. Elle est à Sainte-Anne depuis près d'un an. On resta longtemps sans renseignements, la malade ne disant rien et son mari se tenant sur la réserve. Ce n'est que depuis peu qu'on l'en a fait sortir.

Depuis son entrée, elle est abattue, et, si je puis dire, abjecte. Son idée dominante est de se croire coupable. Elle se reproche je ne sais quel crime. Son indignité a touché le ciel, et nuit à sa famille, à la France, à l'humanité. S'il pleut, s'il neige où s'il fait froid, c'est elle qui en est la cause. Elle entend des voix qui lui disent de manger, mais, en les écoutant, elle commet un crime, car c'est son devoir de se laisser mourir de faim. Son délire est assez terne et en rapport avec son faible développement intellectuel. Elle se fait remarquer par la monotonie de son caractère. C'est la répétition éternelle du même fait, la fixation permanente de son esprit sur le même point.

Elle présentait un amaigrissement très marqué qui s'est réparé depuis, ce qui est d'un assez bon augure. Il y avait une légère augmentation de la température qui est revenue depuis à la normale. Le pouls est normal aussi.

Dès le début, elle a été atteinte d'insomnie; phénomène presque constant chez ces malades.

Elle offre une pigmentation brune de la peau, le pigment venant se fixer dans le réseau sous-dermique par suite de l'insuffisance de la respiration que présente les mélancoliques.

Quant au traitement qu'elle a subi, il s'est résumé en bains calmants, bromure. La constipation caractéristique à laquelle elle était sujette a été combattue par des drastiques.

Au bout d'un certain temps, elle est arrivée à un phénomène très remarquable qui se rencontre plus souvent chez les persécutés : le dédoublement de la personnalité. Le démon est en elle. De plus, elle a la rage dans le ventre. Pour se débarrasser des deux, elle ne trouve qu'un moyen, c'est de sévir contre elle-même. Elle a cherché à s'empoisonner et ne trouve pas d'autre exorcisme, et cela indépendamment des tentatives de suicide qu'elle peut faire pour échapper à ses tortures morales. A la visite, elle supplie qu'on lui administre de l'arsenic, et est très heureuse lorsqu'on fait mine de lui en donner. Elle s'est frappée la tête contre les murs et a tenté de s'étrangler. Enfin, elle a mangé ses matières fécales, pensant que le diable ne s'en accommoderait pas; mais un jour elle y a trouvé un cheveu, ce qui l'a *dégoûtée* de cette pratique!

Rien de plus facile que d'amener cette femme à prendre une attitude humble. Elle se met volontiers à genoux, baisse la tête et conserve cette attitude d'humilité propre aux mélancoliques. De même qu'un médecin peut reconnaître à distance un tuberculeux, de même on peut reconnaître de loin un mélancolique. Dans la prochaine leçon, je compté vous présenter en projections les photographies de ces différents types d'aliénés.

Cette malade semble aller lentement vers la convalescence. Elle présente le type de la mélancolie dépressive.

Comme je vous l'ai dit, la mélancolie est un état morbide affectant à la fois l'esprit et le corps. Elle présente deux degrés à étudier :

1° La mélancolie proprement dite; — 2° la stupeur, où tous les symptômes de la mélancolie sont exagérés.

Si on considère la mélancolie au point de vue de l'intelligence, on peut en distinguer trois variétés :

1° La mélancolie avec conscience, qui est la plus fréquente, qu'on rencontre le plus souvent dans la pratique et qui présente des conséquences très graves ;

2° La mélancolie avec exaltation ou lypémanie anxieuse;

3° La mélancolie avec dépression. — C'est le cas de notre malade.

La mélancolie peut se développer dans le cours d'un grand nombre de maladies. Elle se caractérise par de l'abattement, de la tristesse sans motif. C'est un brouillard qu'on a devant les yeux, qui assombrit tout l'horizon et fait tout voir en noir. Tous les événements de la vie, jugés ainsi, ont un caractère affligeant, aucun rayon d'espérance ne luit à travers ce nuage.

Avec cette tendance, le malade va porter toutes ses préoccupations sur un certain nombre de pensées se mouvant dans un cercle étroit. Telle est la disposition générale de l'esprit.

La mélancolie est un amoindrissement de tout l'individu : intelligence, volonté, physique.

Cet amoindrissement se manifeste surtout par les idées du malade qui se meuvent dans un cercle étroit. On n'arrive pas à l'en faire sortir. Mais presque toujours il rapporte sa tristesse à des choses possibles et non pas absurdes.

Ce qui est insensé, c'est d'y penser toujours.

Une mère craint de perdre son enfant; un homme a peur de se ruiner. Un homme de science éminent, engagé dans une association commerciale excellente, fut pris de cette crainte de la ruine. Un aliéniste distingué, de ses amis, lui disait: « Vous savez que cette affaire est excellente, que votre position ne peut que s'améliorer. » Il répondait : « Je le sais comme vous, mais rien ne m'ôtera de l'idée que je marche à la ruine. » Le délire qui se manifeste dans ces cas est ennuyeux, monotone, insupportable. Si on parvient à faire sortir les malades de leurs idées, ce n'est qu'au prix des plus grands efforts, et le plus souvent rien n'y fait.

Un autre sera préoccupé de l'idée de sa santé, un autre de sa réputation. D'autres seront attristés pour des motifs absolument futiles. Une jeune femme voit se dessiner sur sa lèvre supérieure une ombre un peu trop épaisse, et croit aussitôt qu'elle va devenir la femme à barbe. Elle est plongée dans une mélancolie qui plus tard la mène au suicide.

Une autre obsession très fréquente, c'est la préoccupation religieuse. Les malades croient souvent être damnés. C'est cette idée qui a joué un si grand rôle à l'époque de la Réformation. Les puritains, les grands dévots qui ont occupé une si grande place dans l'histoire de France, d'Angleterre, dans les guerres de religion, ont été poursuivis par l'idée de la damnation.

On voit des malades ne pouvant prendre aucune distraction dans la perspective de tortures si épouvantables. Cette idée en soi n'a rien d'irrationnel. La seule manière rationnelle d'admettre la prédestination, c'est de croire que l'on est prédestiné au bonheur, sinon la vie est impossible.

La mélancolie consciente se caractérise par d'autres phénomènes qui montrent son origine :

1° Les mélancoliques avec conscience ne sont pas honteux de leur position. Ils en parlent pendant leur accès, et même après qu'ils en sont guéris, ce qui contraste singulièrement avec les autres aliénés qui ne conviennent jamais qu'ils le sont ou qui n'avouent pas l'avoir été. « Ce n'est pas plus déshonorant, me disait l'un d'eux, que d'avoir eu la fièvre typhoïde. » — 2° Cette affection survient par accès, durant plus ou moins longtemps. Mais les malades guérissent presque toujours, et, presque toujours aussi, ont des rechutes. Lorsqu'on a eu un accès, on en voit revenir un autre quelques mois ou années après, cinq, six, dix, quelquefois vingt ans après. C'est là un caractère très impor-

tant. — 3° Absence d'hallucinations. Notre malade est une exception, mais, du reste, elle n'est pas un type de mélancolie avec conscience.

De plus, ces malades n'ont pas de tendance à verser dans la démence. Enfin, au point de vue moral et social, ils ont un grand penchant au suicide, ce qui est regrettable dans une maladie qui marche toujours vers la guérison. Restez donc toujours sur vos gardes avec ces malades, car ils peuvent vous échapper au moment où vous vous y attendez le moins, et souvent en employant beaucoup de ruse et d'astuce.

Je me rappelle à cet égard l'histoire d'une jeune mélancolique de cette espèce pour laquelle un Américain vint un soir assez tard me consulter. L'heure étant assez avancée, je remis au lendemain pour l'aller voir, mais je recommandai de veiller avec le plus grand soin sur elle. « Ma femme restera toute la nuit près d'elle », me dit-il. Le lendemain, lorsque j'allai la voir, elle était morte.

Malgré une surveillance très attentive, elle avait trouvé moyen, sans attirer l'attention le moins du monde, de s'étrangler avec un de ses bas attaché à la tête de son lit. Il faut donc prévenir la famille des dangers de la situation, entourer, surveiller, séquestrer sans retard ces malades. C'est là un argument à opposer à ceux qui parlent des séquestrations arbitraires.

Nous agissons, dans ce cas, dans l'intérêt du malade lui-même en le séquestrant rapidement, et nul ne contestera, je pense, la vérité de cette proposition.

Je ne voudrais pas critiquer une loi encore sur le chantier, mais je me demande comment on fera pour mettre en sûreté un mélancolique avec conscience, ayant des idées de suicide, avant que le parquet ait statué sur son cas, avec probablement toute la lenteur ordinaire des administrations.

Telle est, en quelques mots, la mélancolie avec conscience. Elle est très intéressante parce que les malades se rendent compte de leur état, ce qui montre que les fous qui sentent leur folie sont plus communs qu'on ne pense.

La deuxième forme, ou mélancolie dépressive, est le vrai type de la mélancolie. L'individu est plongé dans une tristesse profonde; il croit à sa culpabilité; se figure avoir commis un crime, être appelé à en rendre compte à la société, être guillotiné, etc., etc., et souffre toutes les angoisses.

Il a quelquefois des hallucinations, quoique ce soit moins fréquent que chez les persécutés. Il s'abandonne à une torpeur des plus prononcées. Ces malades ont la manie lectuaire. Pendant des mois et des années ils ne veulent pas sortir de leur lit, ni s'occuper à rien. Enfin, ils ont le goût de la malpropreté. Quelques-uns, qui raisonnent convenablement, ne peuvent comprendre qu'ils doivent prendre les soins de propreté les plus élémentaires. Ils peuvent arriver, comme notre malade, jusqu'à la coprophagie. C'est une maladie à lente évolution, mais c'est une des formes qui présentent les plus nombreuses guérisons. Elle n'a pas de tendance à la démence et est d'un pronostic relativement favorable.

J'ai à vous parler maintenant de la mélancolie avec exaltation, de ce qu'on appelle, avec Morel, la mélancolie ou lypémanie anxieuse.

Tous les mélancoliques n'acceptent pas leur sort. Il en est qui expriment avec exubérance les souffrances dont ils sont les victimes. Ils gémissent sans cesse, sont perpétuellement en mouvement; plusieurs s'échappent, errent à l'aventure. D'autres ressemblent, suivant la comparaison spirituelle de Falret, aux âmes du purgatoire, se promenant de long en large, attachés aux mêmes idées, et répétant les mêmes paroles. L'esprit de

ces mélancoliques s'attache à une faute passée ou une ruine qui les a frappés. Ils s'expriment avec une grande exaltation sur ces faits, laissant de côté et oubliant tout le reste. La mélancolie anxieuse ne diffère donc que par l'exubérance des idées, de la mélancolie dépressive. Les uns se cachent; les autres donnent le spectacle de la manie, mais dont les manifestations sont en quelque sorte renversées, étant dépressives et non agressives. Cette forme peut guérir comme les autres et présente le même pronostic.

Je vous ai montré les caractères de la mélancolie. Je veux confondre aujourd'hui dans la même description les troubles somatiques de la lypémanie et de la stupeur, qui n'en est que l'apogée, et, conformément à mon habitude, je vais vous dire d'abord l'histoire du malade qui fait le complément de cette leçon.

Il est entré aujourd'hui dans la voie de la convalescence, et je regrette pour vous de ne pas pouvoir vous le présenter dans son état de stupeur. Il n'en est pas moins intéressant, au point de vue clinique et psychologique, de suivre l'évolution de sa maladie, qui n'a pas encore abouti à la guérison.

C'est un jeune ouvrier, bon sujet, qui travaille depuis dix ans dans la même fabrique de faïence. Il est assidu et estimé de ses chefs. Dans son passé pathologique, nous ne relevons que quelques convulsions dans l'enfance, et qui sont restées isolées, du reste. Il a fait, dans ces derniers temps, quelques excès alcooliques qui paraissent dus au début de sa maladie, car il sont en contradiction avec toutes ses habitudes. Tout à coup, sans cause apparente, cet homme, qui vit avec sa mère, est tombé dans la tristesse. L'intelligence paraissait intacte, mais son moral s'en ressentait. Il négligeait son travail. Il avait des idées funèbres et le dégoût de la vie. Parfois, il ne voulait plus manger, espérant se faire mourir, se sauvait dans les champs et errait à l'aventure. Un jour, enfin, on l'a surpris cherchant à se pendre. C'est alors qu'on fut obligé de le transporter au Dépôt. Il présentait alors une lypémanie active avec plaintes, cris, lamentations, liée à des idées de culpabilité,

des terreurs au souvenir de je ne sais quel crime. Il avait la crainte d'être arrêté, guillotiné. Tous ces phénomènes nous sont bien connus.

A peine entré dans notre service, son état marche rapidement vers la stupeur. Il cesse de parler, de manger, et on est même obligé d'employer la sonde.

Il a une aversion pour le mouvement, et tout chez lui converge vers la stupeur absolue œsophagienne.

Vers le commencement de février, en apercevant, un matin à la visite, mon chef de clinique, il se dirigea brusquement vers lui et lui dit : « Le boulet qui doit me tuer n'est pas encore fondu », puis il retomba dans la stupeur. Peut-être était-ce un commencement d'abandon des idées qui l'obsédaient. Et, en effet, quelque temps après, il a commencé peu à peu à se nourrir, à manger, à parler. Son état physique devint meilleur. Il a vu sa calorification augmenter, sa circulation devenir plus active.

Rien n'est intéressant comme de suivre un malade, non seulement pendant sa stupeur, mais encore pendant la guérison, et de voir comment il revient à la santé normale, et surtout parce que le drame psychologique qui s'est passé ne peut être connu qu'après la guérison ou pendant la convalescence. On croyait autrefois que les stupides ne pensaient pas et étaient engourdis, privés d'intelligence, déments. C'est à Baillarger qu'on doit cette notion que les stupides ont, au contraire, des préoccupations extrêmement actives et des hallucinations très nombreuses. On ne peut le savoir que par les révélations du malade lui-même.

Il faut admettre trois espèces distinctes au point de vue symptomatique : 1° stupeur passive : si le malade ne dit rien, il n'en pense pas davantage. Toute activité est suspendue, ou du moins extrêmement affaiblie. Le témoignage de certains malades nous apprend qu'ils ne voyaient, ne sentaient, ne pensaient rien. Ils ne diffèrent des déments que parce que leur état est transitoire, et plus encore par les conditions physiologiques et anatomiques ; 2° stupeur de Baillarger : ce sont des sujets chez

lesquels un drame épouvantable se joue derrière le mur de leur vie privée, dans leur conscience. Nous venons de voir que notre malade avait été atteint de la crainte de l'échafaud et se croyait coupable d'un crime pour lequel il était poursuivi. Peut-être la parole qu'il a prononcée est-elle en rapport avec la disparition des vapeurs qui obscurcissaient son esprit.

Ces malades sont des hallucinés. Il existe un fantôme terrible, un démon, des voix menaçantes qui leur donnent des ordres auxquels ils ne peuvent résister. Un jeune poète anglais, qui était à la clinique, refusait de prendre de la nourriture. On apprit plus tard que des voix lui disaient qu'il serait la cause de la ruine de sa famille s'il mangeait. Quand il fut sondé, il se trouva surpris et dit que puisque sa résistance était vaincue, il n'était plus responsable de ce qui arriverait s'il mangeait, et qu'il lui était désormais inutile de refuser.

Un autre sujet de Baillarger se croyait en enfer, et regardait les baignoires comme des instruments de torture. Une autre refusait de manger parce qu'elle croyait qu'on lui donnait la chair de ses enfants.

Des idées absurdes ou des hallucinations commandent tous les actes de ces malades; 3° dans le troisième ordre de faits rentre la stupeur dans laquelle on se trouve dans l'impossibilité de mettre en rapport les centres nerveux, la volonté, avec ses manifestations extérieures. Je faisais autrefois des conférences de bureau central avec un camarade toujours très exact et très assidu. Un jour, nous l'attendions en vain. Le lendemain, il vint me trouver et m'expliqua ainsi son absence : « Je m'étais couché sur mon canapé, après déjeuner, et je me suis trouvé dans un état tel que je ne pouvais ni me lever, ni bouger, malgré le sentiment de l'obligation où j'étais d'aller à mon rendez-vous. C'est la venue d'une personne, au bout d'une heure, qui me

tira de cet état. » Ce phénomène doit exister chez certains stupides. Je me rappelle encore la figure d'un vieux soldat qui avait des accès de stupeur et d'excitation. Dans la stupeur, il restait planté devant nous sans bouger, quoique ayant l'air de comprendre ce qu'on lui disait. Un jour, M. Moreau, de Tours, fit le geste de lui donner un soufflet. Il rougit sous cet affront, mais ne put bouger. C'est la stupeur par phénomène d'arrêt. La volonté est paralysée, parce que les organes qui doivent la servir sont intéressés.

Passons maintenant aux phénomènes physiques. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'amoindrissement général de l'individu, même sous le rapport du volume et de la taille.

Le mélancolique est froid, affaissé. Les yeux sont caves, tirés, éteints. Mais comme la stupeur peut débuter brusquement, et c'est le cas assez fréquemment, il est possible qu'il y ait une période prodromique. D'ordinaire, quand le mélancolique tombe dans la stupeur, on voit se produire un phénomène caractéristique : l'amaigrissement.

Ce n'est pas un fait banal. C'est ici l'expression d'une nutrition retardée. Le malade maigrit et très rapidement, d'une façon visible à l'extérieur.

La balance est un instrument de précision, qui est appliquée d'une façon générale en Allemagne et devrait l'être en France, car elle donne des indications très précieuses. L'augmentation de poids est, à l'inverse de l'amaigrissement, un bon signe de guérison.

Il y a un autre caractère qui est un peu moins spécial, c'est l'insomnie, qu'on rencontre dans beaucoup d'autres états.

A côté se placent les troubles digestifs : état saburral, haleine fétide de l'embarras gastrique, langue sale.

Presque toujours on observe une constipation opiniâtre par paralysie des muscles de l'intestin, d'où le précepte de purger souvent les aliénés.

Les sueurs sont diminuées, et d'une odeur spéciale.

Les cheveux sont raides, cassants par suite de la suppression de la sécrétion de matière sébacée. D'autres sécrétions sont aussi atteintes. C'est ainsi que la salive est très diminuée, ce qui est le contraire de ce qui a lieu chez les maniaques. La quantité d'urine est moindre, les sels et les matières extractives sont augmentés. Les larmes sont taries. Cependant, quand on les excite, on peut les voir couler avec abondance. La menstruation est ordinairement supprimée. La sécrétion du sperme est diminuée, ce qui n'empêche pas beaucoup de mélancoliques de se masturber, sans grand résultat souvent, il est vrai. — Le suc gastrique est diminué aussi en quantité. — On peut observer aussi des troubles trophiques, et ces phénomènes sont en rapport avec la difficulté de la circulation, qu'on pourrait regarder comme le fait fondamental dans la mélancolie.

Les stupides ont un teint spécial. Le nez est froid, violacé, les oreilles sont livides. Le pouls est ralenti, les artères sont diminuées de volume à la palpation, et au sphygmographe ces caractères sont bien appréciables.

Il y a un double ralentissement dans deux des plus importantes fonctions, la respiration et la calorification.

Le ralentissement de la respiration a été signalé par Marcé.

Le rythme normal entre le pouls et la respiration est détruit. Normalement, quatre pulsations correspondent à un temps respiratoire, inspiration et expiration. Chez le mélancolique, cinq ou six pulsations correspondent à ce même temps. De plus, l'inspiration est moins profonde. Le mélancolique absorbe donc moins d'oxygène et exhale moins d'acide carbonique. Est-ce pour cela

qu'il se refroidit? En partie. Mais la calorification est loin d'avoir pour siège unique le poumon, et se trouve aussi pour une part sous l'influence de certains centres nerveux. De plus, la calorification est diminuée et la température descend à 36° et même souvent plus bas, si toutefois une telle température est compatible avec la vie.

Ce qui paraît se rattacher aussi à un défaut de la respiration c'est la teinte bistrée de la peau, ce qui tient à un dépôt de pigment, comme cela se passe chez certains cachectiques et en particulier chez les phtisiques.

Je dois vous parler enfin des profondes modifications de la motilité et de la sensibilité. Le grand caractère de la mélancolie et de la stupeur est l'amoindrissement. Le mélancolique sent moins et même quelquefois ne sent pas. Les sensations visuelles et auditives sont diminuées, de même que les sensations au contact et à la chaleur, et paraissent quelquefois disparues. On peut piquer ces malades, les électriser, les sinapiser, les brûler sans qu'ils souffrent. On en voit se rouler dans la neige sans malaise. Ces phénomènes sont-ils réels ou subjectifs? Il peut y avoir doute dans certains cas. On peut se demander si la volonté qui empêche ces malades de se mouvoir ne les empêche pas aussi de se plaindre. Mais c'est douteux. Toujours est-il que la sensibilité est diminuée chez les mélancoliques et surtout chez les stupides.

On observe de même une diminution de la motilité. Les stupides ont l'aversion du mouvement. Ils ont l'attitude de gens qui demandent à ne pas être dérangés. Cela va quelquefois jusqu'à la manie lectuaire des Allemands. Ils opposent un refus absolu à toute espèce de mouvement. Ce défaut de motilité est quelquefois dû à de la parésie ou de la contracture. On observe parfois même de l'ankylose par suite de la ténacité des malades à garder la même position.

Enfin, la voix est abaissée. Les mélancoliques parlent peu et difficilement; les stupides, pas du tout. C'est toujours à voix basse, les sons semblent s'échapper à regret. Cela tient à l'affaiblissement des muscles vocaux et respiratoires.

Le premier trouble, en somme, c'est la crampe des vaso-moteurs, d'où il résulte que la circulation est ralentie, les tissus sont racornis, la température abaissée, que des lésions trophiques se produisent, que les mouvements sont diminués, la respiration ralentie. Pourquoi s'étonnerait-on de voir l'intelligence suivre le même mouvement? Les extrémités des membres sont refroidies, violacées. Mais le cerveau aussi est une extrémité. Pourquoi sa circulation ne se ralentirait-elle pas comme dans les extrémités?

Voilà pourquoi le mélancolique souffre de ce qui se passe dans ses centres nerveux. Voilà pourquoi ses capacités sont ralenties ou suspendues. Voilà pourquoi un état qui diminue tout l'organisme doit aussi laisser des substances nuisibles se produire sans pouvoir être éliminées, et aller porter aussi le trouble dans le cerveau.

Il y a donc là un rapport manifeste entre les troubles somatiques et les désordres psychologiques.

ARCHIVES CLINIQUES

ASILE D'AUXERRE

RUPTURE SPONTANÉE DU CŒUR

CHEZ UN DÉMENT

Par M. le Dr PICHENOT, médecin adjoint

Les ruptures du cœur sont assez rares pour ne pas les passer sous silence lorsqu'on a la bonne fortune d'en rencontrer. L'observation dont nous présentons aujourd'hui la relation remonte au commencement de l'année 1886, alors que nous étions encore médecin adjoint à l'asile des aliénés de Bassens (Savoie).

Le nommé C..., Jacques, célibataire, sans profession, âgé de 48 ans, est entré à l'asile le 15 juin 1877. Il était amené de l'établissement de Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon, où il se trouvait en traitement depuis vingt ans. Le certificat médical d'admission le signalait comme étant atteint à cette époque de démence caractérisée par une absence presque complète de toute manifestation intellectuelle. Nous avons regretté de ne trouver dans son dossier aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires, les causes, la date d'évolution et les premiers symptômes de l'affection mentale qui l'avait conduit à cet état de déchéance intellectuelle et morale.

Pendant tout le temps que nous avons connu C..., depuis juin 1883, son état mental n'a subi aucune modification appréciable. Atteint de démence, ses facultés intellectuelles étaient presque complètement oblitérées, la mémoire faisait défaut, il n'avait plus conscience du temps ni des lieux et la sensibilité morale avait disparu. Il n'avait aucun rapport avec le monde extérieur, ne parlait jamais spontanément et ses réponses étaient vides de sens. Son existence était absolument végétative et exigeait les soins de l'enfance ; il mangeait malproprement, gloutonnement et de temps en temps, pendant l'hiver surtout, ses excrétions s'écoulaient involontairement. Nous n'avons constaté aucun signe de paralysie, pas d'inégalité pu-

pillaire, pas d'embarras de la parole ni de la locomotion. Toujours calme, il n'a jamais manifesté aucune virtualité dangereuse. Ses fonctions physiologiques s'accomplissaient bien. D'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, et d'un embonpoint plus que satisfaisant, C... n'avait encore éprouvé aucune maladie incidente, lorsque le 15 décembre 1885 il est atteint de pneumonie du côté gauche, avec légère irradiation inflammatoire au poumon droit.

Contrairement à ce que nous observons trop souvent chez les aliénés, cette affection suivit une marche pathologique régulière, Sous l'influence d'un traitement approprié et suivi avec assez de docilité, les phénomènes inflammatoires des poumons disparurent successivement. Le 7 janvier notre malade était en pleine voie de convalescence ; nous l'avions constaté une dernière fois à notre contre-visite du soir, lorsqu'à peine rentré chez nous, l'infirmier vint nous avertir que C... était mort subitement pendant qu'il le soutenait assis sur son lit, pour lui présenter à boire. Rien ne pouvait faire prévoir une fin si brusque.

Nous fîmes l'autopsie 38 heures après le décès.

Habitus corporis normal. — Face décolorée. — Rigidité cadavérique. La poitrine ne porte aucune trace de contusion.

Crâne. — Les os du crâne sont très durs et compacts. La dure-mère est notablement épaissie, la pie-mère injectée, œdématiée et adhérente, sur la surface convexe, à la substance grise que l'on entraine par plaques sur plusieurs points en décortiquant le cerveau.

Plusieurs des vaisseaux intracrâniens artériels présentent de l'athérome et les veines sont gorgées de sang noir fluide.

Poids total de la masse encéphalique.	1.230	grammes.
— de l'hémisphère droit..........	540	—
— de l'hémisphère gauche........	550	—
— du cervelet, bulbe et protubérance......................	140	—

La substance blanche paraît indemne; mais la substance grise est un peu ramollie. Cervelet normal.

Thorax. — En ouvrant la cavité thoracique, nous sommes frappé tout d'abord par la distension énorme du péricarde, et en incisant cette poche fibro-séreuse, nous donnons issue à un coagulum sanguin abondant, ayant la consistance de gelée de groseille. Le cœur est augmenté de volume et recouvert d'une forte couche graisseuse. Sur la face antérieure de l'organe et près du bord gauche, nous découvrons une déchirure irrégulière, à bords frangés, taillés en biseau. Elle mesure 6 centimètres de long et suit une direction parallèle au sillon longi-

tudinal; partant juste de la pointe, elle se termine en haut par une petite bifurcation en forme de V.

Cette solution de continuité se trouve immédiatement auprès de la cloison interventriculaire, établissant une large communication entre le ventricule gauche et le péricarde : elle occupe toute l'épaisseur de la paroi et aucune bride charnue ne retient les bords, la rupture est complète. L'artère et la veine coronaires qui se trouvent dans le voisinage sont indemnes.

Pas d'inflammation du péricarde. Le cœur pèse 480 gr. Il mesure : de l'orifice de l'aorte à la pointe 0,115; du bord gauche au bord droit, au niveau de la base, 0,112 : circonférence à la base 0,250.

Nous pratiquons des coupes sur les cavités : les bords de la déchirure ne présentent rien de particulier à l'intérieur ; le ventricule gauche, très dilaté, renferme quelques caillots sanguins ; le tissu du muscle cardiaque est mou, friable, décoloration jaunâtre, sans inflammation ni ramollissement des fibres charnues, les colonnes sont augmentées de volume. Les parois, épaissies à la base, vont en s'amincissant vers la pointe où elles deviennent plus friables et sont réduites à un simple feuillet doublé extérieurement d'une surcharge graisseuse très abondante, aussi la pointe est-elle mousse, arrondie. Des caractères semblables, mais moins prononcés, s'observent pour la cavité et les parois du ventricule droit qui renferme un peu de sang noir fluide.

Nous examinons avec le plus grand soin les orifices et les valvules : nous trouvons seulement quelques concrétions cartilagineuses au niveau du bord adhérent des valvules sigmoïdes et sur le bord libre des valvules auriculo-ventriculaires, mais sans trace de rétrécissement, ni d'insuffisance des orifices correspondants. Pas d'aortite ni d'incrustations calcaires de l'aorte qui présente un calibre normal.

La dilatation des oreillettes est moins sensible et la couche adipeuse qui les enveloppe est peu épaisse.

Le poumon gauche, relativement petit, est refoulé en arrière dans la gouttière vertébrale, pas d'épanchement pleural, quelques adhérences seulement au sommet et à la partie postérieure. Tissu pulmonaire un peu congestionné à la base, mais assez élastique et crépitant sous le doigt; des fragments plongés dans l'eau surnagent. Absence de noyaux indurés ou tuberculeux. Le poumon droit ne présente rien de particulier si ce n'est un peu de congestion au sommet.

Abdomen. — L'estomac a son volume normal et contient encore des matières ingérées quelques instants avant la mort. Le péritoine est surchargé de graisse. Le foie pèse 1800 gr.; il

est hypertrophié, congestionné et graisseux. Rate volumineuse, molle et friable. Pancréas normal. Reins légèrement graisseux.

Réflexions. — La rupture du cœur s'étant produite chez C... en dehors de toute violence extérieure et de tout effort brusque, nous pouvons la considérer comme spontanée.

Ces accidents peu fréquents se produisent le plus souvent, comme les anévrysmes artériels, par le fait d'une altération de texture qui porte sur l'ensemble du viscère ou se trouve limitée à la lésion voisine de la solution de continuité. La dégénérescence, et par suite l'amincissement, la friabilité des parois du muscle cardiaque, en sont les causes prédisposantes les plus efficaces. Les mouvements normaux du cœur pour lancer le sang dans le torrent circulatoire suffisent alors à eux seuls pour provoquer la rupture du muscle dans la partie la moins résistante. Le sang fait subitement irruption dans l'intérieur du péricarde, le sujet pâlit, perd connaissance et meurt, instantanément, sans période prémonitoire. Sous tous ces rapports, le cas que nous avons observé se trouve classique.

C'est le ventricule gauche qui a été rompu, et nous ne trouvons à l'origine des vaisseaux artériels aucune lésion qui puisse avoir apporté un obstacle sérieux à la circulation du sang.

La pneumonie dont C... venait d'être atteint, n'avait déterminé ni endocardite ni péricardite, complications graves signalées comme possibles par Bouillaud. Dans le cours de cette affection des voies respiratoires, nous avons bien constaté, à l'auscultation, des symptômes d'hypertrophie cardiaque ; mais nous devons avouer que notre attention ne s'est pas fixée davantage sur ce point, par le fait seul que notre malade n'en paraissait nullement incommodé. Il n'était pas non plus rhumatisant.

Cette observation, intéressante par sa rareté, nous a paru l'être aussi au point de vue du processus pathologique. En effet, en examinant attentivement les coupes pratiquées sur ce cœur et en comparant l'épaisseur des parois, à divers niveaux, nous avons été amené à supposer qu'il y a eu tout d'abord une hypertrophie excentrique et que la dégénérescence graisseuse s'est produite plus tard, entraînant l'atrophie progressive des fibres musculaires. Cette dégénérescence est surtout très accentuée dans la région de la pointe, où les éléments paraissent atteints d'une véritable stéatose, tandis qu'à la base les parois sont restées hypertrophiées et distinctes de la couche adipeuse, beaucoup moins compacte à ce niveau.

Cette hypertrophie graisseuse peut bien n'avoir eu pour cause que le défaut d'exercice, la vie sédentaire, végétative de C..., et une alimentation abondante, qui favorisent toujours l'accumulation de la graisse dans toutes les parties de l'organisme. Mais ne serait-on pas en droit de soupçonner aussi l'influence de l'alcoolisme? Bien que C... n'ait présenté aucun symptôme de paralysie, nous avons trouvé un épaississement de la dure-mère, de la congestion et de l'œdème de la pie-mère ainsi que des adhérences assez étendues des méninges avec la substance corticale qui est elle-même un peu ramollie. Or, ces lésions, qui caractérisent la méningo-encéphalite diffuse, sont signalées comme pouvant être produites par l'abus des boissons alcooliques. Enfin l'hypertrophie graisseuse du cœur, du foie et des reins n'est-elle pas aussi, très souvent, le résultat de l'action irritative de l'alcool sur ces divers organes? L'absence de tout renseignement sur les antécédents de C... ne nous permet pas d'attribuer une plus grande valeur à nos présomptions étiologiques.

SOCIETÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Année 1887.

Séance du 17 décembre (*suite*). — *Note sur l'emploi de l'antipyrine dans l'épilepsie*, par M. G. Lemoine, de Lille.

L'antipyrine diminue la fréquence des accès et les fait même disparaître dans les cas suivants :

1° Quand les accès surviennent chaque mois au moment de la période menstruelle et paraissent la reconnaître comme cause occasionnelle ;

2° Chez les malades qui ne présentent que des accès larvés de type psychique ;

3° Surtout chez les épileptiques sujets aux névralgies et à la migraine.

Dans tous les autres cas, l'antipyrine reste sans effet ou n'a qu'une action passagère.

L'accoutumance se produit rapidement; aussi est-il préférable de ne pas l'employer d'une façon constante, mais seulement dans des cas déterminés, par exemple quelques jours avant le début d'une période menstruelle, pour prévenir une série d'accès, ou bien pendant la migraine qui précède l'état de mal. Son emploi est très limité, et l'antipyrine ne paraît pas appelée à devenir la base d'un traitement méthodique de l'épilepsie.

Séance du 24 décembre. — *Des prétendues fonctions motrices de la substance corticale du cerveau du chien*, par M. le Dr Eugène Dupuy.

L'auteur a fait l'autopsie d'un chien qui paraissait jouir de l'intégrité des fonctions que l'on attache aux centres psycho-moteurs, malgré l'ablation qu'il lui avait pratiquée de ces centres dans les deux hémisphères de son cerveau. L'examen de pièces ne laisse aucun doute sur la destruction *complète* de toute la substance grise des circonvolutions autour du sillon crucial dans les deux hémisphères. Cet animal présentait des phénomènes psychiques ; il était sujet à des hallucinations et aussi à des mouvements singuliers

dont l'autopsie a fait connaître l'origine. A chaque fois qu'il buvait ou mangeait, il avait des contractions très rapides des muscles de la mastication qui lui faisaient ouvrir ou fermer la gueule très rapidement, et il se dressait sur ses pattes postérieures, posant les pattes antérieures en appuyant avec force ses poignets sur les faces pariétales du crâne; et, après des mouvements de giration, il finissait par retomber en arrière, etc., etc. Ces mouvements des pattes antérieures étaient tout à fait volontaires, appropriés et définis. Cet animal avait aussi appris à donner l'une ou l'autre patte.

A l'autopsie, la première chose qui frappe est l'adhérence complète du cerveau avec les tissus de la cicatrice de la peau du crâne sur toute la surface de section, de telle sorte que le cerveau y était attaché comme par un large pédicule. Il s'ensuivait que les contractions des muscles masséters mettaient en mouvement passif la masse cérébrale; et c'était probablement ce fait qui était cause des singulières positions des pattes antérieures de l'animal, qui essayait de se débarrasser de ce qui le gênait.

Il paraît donc clair à M. Dupuy que l'existence de la substance grise des circonvolutions cérébrales autour du sillon crucial n'est pas essentielle à la production ni à la conservation des mouvements des quatre pattes du chien, mouvements voulus, différenciés, adaptés vers un but.

La vision colorée et l'équivalence des excitations sensorielles, par M. Ch. Féré.

L'audition colorée consiste, comme on le sait, en ce qu'une excitation auditive détermine une sensation visuelle colorée. Chez les sujets qui l'accusent, elle se présente avec d'assez nombreuses variétés. On confond souvent la photopsie, c'est-à-dire la sensation de lumière, et la chromopsie, c'est-à-dire la sensation colorée. La photopsie peut ne se produire à propos d'une excitation sonore que dans l'obscurité. Quant à la chromopsie, ses formes sont extrêmement multiples; tantôt elle n'est produite que par la voix chantée, tantôt par la voix parlée, tantôt ce sont les consonnes, tantôt les voyelles, tantôt c'est une voix spéciale, tantôt un instrument. La sensation visuelle n'est exclusivement en rapport ni avec le timbre, ni avec l'intensité ou la hauteur du son. Quelques sujets ne voient jamais qu'une seule couleur, d'autres en voient plusieurs à propos de différents sons; quelquefois, à des notes élevées correspondent des sensations

colorées claires, à des notes basses des sensations de couleurs sombres (Pedrono). Chez un certain nombre d'individus, les bruits discordants, comme celui du canon, déterminent un véritable éblouissement.

Le phénomène de l'audition colorée étant purement subjectif, il n'y a pas à s'étonner qu'il ait été nié. Ce n'est pas en donner une explication que de dire qu'il s'agit de « sensations associées » ou d'une « erreur de l'esprit ». MM. Pouchet et Tourneux s'en rendent compte, en supposant des « fibres nerveuses venant de l'oreille et se rendant aux centres perceptifs exclusivement affectés d'ordinaire par des excitations transmises par les fibres du nerf optique » ; d'autres ont supposé des anastomoses entre les centres cérébraux (Pedrono). A la théorie de l'action simultanée des vibrations sonores et des vibrations lumineuses sur les deux organes sensoriels, on a objecté qu'au coup de canon, la sensation colorée n'apparaît pas au moment de la sortie de la fumée, mais au moment où le son est perçu ; que, sur certains sujets, la sensation lumineuse apparaît même quand le bruit se passe derrière eux ou s'ils sont aveugles (1). M. Baratoux admet, avec M. Urbanstchitsch, que l'audition colorée est « le résultat d'une excitation sensitive sur la perception d'objets sensitifs existants ».

Peut-être peut-on aujourd'hui interpréter le phénomène de l'audition colorée en se basant sur autre chose que sur des hypothèses.

Il faut remarquer, tout d'abord, que la vision colorée, dont il faut distinguer les phénomènes d'irisation, qui se produisent en conséquence des troubles de l'accommodation, d'altération des milieux de l'œil, etc., ne se produit dans bien d'autres circonstances qu'à propos d'une excitation auditive. En outre de la xanthopsie qui se manifeste dans l'ictère ou à la suite de l'ingestion de l'acide picrique (Hilbert), et que l'on peut attribuer à une modification de coloration des milieux de l'œil, on sait que la santonine détermine la vision violette au début de l'intoxication ; plus tard, au contraire, le violet est perdu et le sujet voit les objets en vert ou en jaune verdâtre (Schultze). La succession et la variété des troubles permettent de supposer que, dans ce dernier cas, il s'agit, non d'un phénomène d'imprégnation, mais d'une action nerveuse (Hilbert).

(1) Giraudeau. L'audition colorée. (*Encéphale*, 1885, p. 589.)

Il en est de même de la vision successivement verte, bleue, jaune, rouge, que l'on a signalée sous l'influence du grisou (Lesoinne, de Liège), de la vision rouge dans l'empoisonnement par la jusquiame.

D'autres excitations sensorielles que celles de l'ouïe peuvent encore provoquer la vision colorée : l'*olfaction colorée* s'est aussi présentée ; c'est ainsi que Hilbert a observé une jeune fille non nerveuse, dit-il, chez laquelle des excitations olfactives diverses déterminaient des visions colorées, se présentant en général sous les diverses teintes du brun.

La vision colorée peut, d'ailleurs, se manifester spontanément chez des névropathes, en l'absence, apparente du moins, de toute excitation particulière. Hirschberg a vu une femme chez laquelle la vision bleue avait persisté pendant plusieurs mois. La vision rouge, ou érythropsie, étudiée par Purtscher, peut aussi se présenter en apparence spontanément, en dehors de tout état morbide caractérisé. Chez les sujets affaiblis, l'exposition prolongée à un éclairage intense, à la réverbération d'une large surface brillante, comme une plaine de sable, un lac, etc., provoque quelquefois la vision colorée en orangé, en rose, etc.

Mais la vision colorée peut se présenter encore dans le cours d'états morbides du système nerveux ; il n'est pas très rare d'entendre des sujets atteints de dépression mélancolique se plaindre de voir les objets colorés en jaune, en bleu, en gris.

Enfin, la chromopsie peut se présenter à propos de troubles momentanés ; c'est ainsi qu'au début de la syncope les malades aperçoivent quelquefois les objets teints de couleurs diverses qui se succèdent ; l'érythropsie est quelquefois signalée dans l'invasion de l'apoplexie, dans les attaques congestives des paralytiques généraux. D'ailleurs, la vision rouge se manifeste dans la colère, au début d'un certain nombre d'actes impulsifs, sous l'influence de certains états d'exaltation : sainte Catherine de Sienne voyait l'hostie colorée en rouge. Les épileptiques accusent quelquefois cette sensation au début de l'accès ; des hystériques accusent aussi le même phénomène. En outre, plusieurs sujets de cette dernière catégorie ont de la chromopsie à la suite de décharges nerveuses, soit après des attaques, soit après de violentes colères, après des crises de larmes ; elles se plaignent de voir jaune, violet, bleu, pendant un temps plus ou moins long, quelquefois plusieurs heures.

Il semble qu'en général la vision des couleurs supérieures du spectre réponde à des états d'exaltation, tandis qu'aux états dépressifs correspondraient les couleurs inférieures. En tout cas, il est évident que la vision colorée peut résulter d'excitations portant sur différents sens, ou encore coïncide avec un état émotionnel. L'usage populaire qui résulte d'observations multiples paraît avoir enregistré le phénomène avant qu'il ait été remarqué par la science, et lui fait jouer un rôle dans le langage métaphorique (1). La vision colorée paraît en rapport avec une tonalité particulière de l'organisme.

Je me suis efforcé de montrer, par des expériences nombreuses et variées, que les excitations des organes des sens ne déterminent pas seulement des phénomènes subjectifs de sensibilité, mais que, sur des sujets choisis, on peut mettre en évidence que ces phénomènes sont accompagnés et paraissent avoir pour conditions physiologiques, des modifications de la tonicité musculaire, de l'énergie, de la circulation, des fonctions organiques en général. Ces faits m'ont paru de nature à servir de base à une interprétation physiologique de la vision colorée.

Nous voyons qu'une sensation ne peut se produire que concurremment à certaines conditions physiologiques, et que, d'autre part, les mêmes conditions physiologiques, ou du moins des conditions très analogues, peuvent être mises en évidence à propos de deux excitations portées sur deux sens différents; chez certains sujets, par exemple, l'augmentation de la force musculaire et du volume des membres supérieurs, déterminée par une excitation visuelle, peut être équivalente, ou peu s'en faut, à celle qui est produite par une excitation auditive ou olfactive. Les mêmes effets physiologiques peuvent aussi être obtenus par la représentation mentale de ces mêmes excitations, ou encore par des états émotifs, qui sont, en somme, la résultante d'excitations périphériques ou de représentations dont le sujet a plus ou moins nettement conscience. La vision rouge, par exemple, peut être la conséquence d'une excitation auditive, olfactive, gustative; d'une émotion vive : colère, joie; d'une impulsion violente, d'un état particulier de la circulation cérébrale, produisant des états dynamiques équivalents des centres nerveux et de l'organisme tout entier.

(1) Les expressions métaphoriques « voir en rose », « voir en noir », « être dans le bleu », semblent ainsi avoir une base physiologique.

Si, chez un individu donné, les effets physiologiques d'une excitation du nerf optique, du nerf auditif ou du nerf olfactif, étaient absolument équivalents, cet individu serait amené à confondre plus ou moins complètement les sensations fournies par ces trois nerfs. Or, c'est à pou près ce qui se passe dans l'audition, dans l'olfaction, dans la gustation colorée. Il semble donc que l'équivalence des effets physiologiques des excitations sensorielles soit l'hypothèse qui puisse rendre le mieux compte du phénomène de la vision colorée considérée en général. Cette interprétation est rendue plus vraisemblable, il me semble, s'il est établi que les individus qui ont des sensations visuelles à propos d'excitations auditives ou autres, sont capables d'éprouver la sensation auditive à propos de l'excitation visuelle correspondante. De Rochas, Bleuler et Lehmann auraient constaté le fait ; je l'ai recherché en vain. Cet insuccès m'a d'ailleurs permis de relever une particularité qui n'est pas sans intérêt. Les individus qui m'ont affirmé avoir des sensations colorées, soit à propos d'excitations de l'ouïe, soit à propos d'excitations du goût, soit à la suite de décharges hystériques, soit avant l'action épileptique, reconnaissent que cette sensation colorée est d'une nuance tout à fait spéciale ; il est impossible d'assortir leur couleur subjective, de sorte que l'expérience de contrôle est impossible. On sait, d'ailleurs, que la sensation subjective de lumière, la photopsie, qui se produit soit à propos d'un choc sur l'œil, soit à propos de modifications mécaniques de la circulation cérébrale, comme dans l'effort violent, dans l'éternuement, le vomissement, la toux, l'action de se moucher, etc., présente précisément le même caractère ; il s'agit, en général, dans ces circonstances, d'une sensation lumineuse incomparable. CH. V.

SOCIETÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(*Année 1888.*)

Glycosurie au début de la paralysie générale. (27 Février.)

M. Rouillard. — Messieurs, vous avez certainement encore présente à la mémoire l'intéressante communication que faisait récemment ici M. Christian, sous le titre de « *Période*

prédélirante de la paralysie générale. » La plupart des troubles qu'il a cités sont d'origine syphilitique ou tabétique ; mais d'autres, tels que les diarrhées et les entérorrhagies, étaient également intéressants à noter. C'est ce qui m'a donné l'idée de vous communiquer le cas suivant :

Le malade, G..., était un garçon coiffeur, âgé de quarante ans, homme très robuste, mais d'un tempérament nerveux et hypocondriaque. Fort sobre, il était dans son travail d'une régularité exemplaire, et n'a fait aucun excès d'autre sorte : syphilis, il y a quatre ans, bien traitée; peu d'accidents secondaires. Huit mois avant que je le soigne, douleurs de tête, douleurs ostéocopes, fourmillement dans le bras gauche, traitement spécifique ordonné par un médecin de la rue de Bondy, et disparition des troubles en quinze jours.

Au mois de mai, le malade vient me consulter pour une légère constipation. En sortant de chez moi, il remonte le faubourg Saint-Martin au lieu de le descendre. Quoiqu'il habite le quartier depuis 20 ans, il ne s'aperçoit pas de son erreur, et continue pendant 2 kilomètres jusqu'aux fortifications. Là, se croyant perdu, au lieu de demander son chemin, il s'asseoit sur un banc et pleure. Un ami qui passait le reconnaît. G..... reconnaît bien son ami mais ne peut dire d'où il vient. Il est fort étonné d'avoir à la main une ordonnance médicale. A part cette poussée d'amnésie, rien à signaler jusqu'au mois d'août. Le malade vient alors me consulter pour une frigidité génésique qui le tourmente beaucoup, car il veut se marier.

J'étais absent de Paris. Il consulta l'ami qui me remplaçait, le Dr Maireau, que j'ai eu le chagrin de perdre récemment et qui était un homme fort méticuleux. Il examina ses urines et y trouva du sucre. M. Jaunet, pharmacien, examina huit jours après ces urines et les dosa. Il y en avait environ 12 grammes par litre. Mon ami diagnostiqua un diabète et mit le malade au traitement ordinaire.

Quinze jours après, le 10 septembre, je fus appelé près de G..... Depuis qu'il se croyait diabétique, il se lamentait sans cesse et ne parlait que de se suicider. J'examinai les urines et les fis analyser par un chimiste du Laboratoire municipal. On n'y trouva pas de sucre. Il n'avait pas suivi le regime antidiabétique. G..... venait me consulter, quelques jours après, pour une petite diarrhée qui le tourmentait beaucoup, il craignait le choléra. Mais il lui fut impossible

de dire si cette diarrhée avait eu lieu le matin, la veille ou l'avant-veille.

Il n'y avait pas le moindre symptôme somatique et ses préoccupations hypocondriaques n'atteignaient pas la hauteur du délire. Cependant ces poussées d'amnésie me firent soupçonner un debut de paralysie générale. Connaissant les antécédents syphilitiques de G....., je le mis au traitement spécifique.

Mon diagnostic fut confirmé le 25 octobre. G..... vint me voir, parce qu'il ne pouvait plus mouvoir ses yeux, disait-il. Il n'avait pas le moindre trouble, ni de la vision, ni de la motilité de l'œil et de ses annexes. En même temps, inégalité pupillaire, tremblement fibrillaire de la langue, léger embarras de la parole. La maladie continua sa marche avec un délire hypocondriaque très accentué. Le malade me dérangea plus de vingt fois en un mois, soit de jour, soit de nuit, parce qu'il avait la tête grosse comme le poing, que ses oreilles avaient diminué de moitié, qu'il avait grandi de cinquante centimètres, etc. Toujours plus de sucre dans les urines. Comme il racontait ses misères physiques dans le salon de coiffure, les clients commençaient à déserter la boutique, et son patron me pria de le faire interner. Il entre le 26 novembre à Sainte-Anne et est transféré à Vaucluse. Là, le délire continue, avec quelques phases d'excitation. Le 2 décembre, à 8 heures et demie du soir, on trouve G.... mort dans son lit, étranglé avec sa cravate. Est-ce le suicide d'un hypocondriaque ou le résultat de la maladresse d'un paralytique général? Quant aux lésions qu'il aurait pu présenter, je les ignore; l'autopsie n'a pas été faite.

Reflexions. — Ce cas est un cas vulgaire de paralysie générale, mais la glycosurie passagère de ce malade m'a paru digne d'être citée. Elle a précédé de très peu, d'un mois environ, l'explosion du délire. Elle est apparue sans aucune cause appréciable. Pas de froid, pas de chute sur la tête, pas de surmenage, ni de chagrins ; pas de paludisme, pas de signes de syphilis cérébrale, à ce moment du moins, pas d'autres symptômes de diabète. Nous sommes donc ici en présence d'une glycosurie nerveuse, analogue à celle qu'on rencontre dans les traumatismes cérébraux, les tumeurs cerébrales, la syphilis cérébrale, les foyers hémorragiques, les ramollissements. Il est fort probable que, dans ce cas de paralysie générale, il s'est fait une lésion passagère, probablement une

poussée congestive du côté du plancher du quatrième ventricule, de même qu'il y a eu des poussées d'amnésie.

Malgré mes recherches, je n'ai pu trouver dans les auteurs, de cas semblable à celui-ci. Un confrère me citait cependant un cas analogue. Le Dr Baudin, étant l'année dernière aux eaux en Auvergne, fut appelé en consultation auprès du maire d'une ville des environs. Cet homme présenta, sans aucune cause apparente et sans autre symptôme de diabète, une glycosurie qui dura trois semaines. J'ignore la quantité de sucre excrétée. Elle cessa brusquement, et fit place à un délire hypocondriaque qui apparut trois semaines plus tard avec le cortège de symptômes physiques habituels de la paralysie générale. M. le Dr Baudin a eu récemment des nouvelles du malade. L'affection a continué son cours. La glycosurie ne s'est pas reproduite.

Il ne faut pas, je crois, confondre ces deux cas de glycosurie nerveuse avec ceux où la paralysie générale a succédé à un véritable diabète, tels que Marchal de Calvi en a publié un cas. Le malade diabétique fut opéré d'un énorme anthrax de la gouttière vertébrale droite et mourut, sept ans après, d'une paralysie générale progressive.

Il serait à désirer que ceux de nos confrères qui ont vu des cas semblables les publient. On ferait ainsi, je le crois, un chapitre intéressant de la paralysie générale.

M. Ch. Feré. — Les faits signalés par M. Rouillard sont très intéressants. Je ferai remarquer toutefois, que, considérée isolément, la glycosurie transitoire n'a pas grande valeur au point de vue du diagnostic et du pronostic. On l'observe, en effet, quelquefois chez les névropathes, à la suite de fatigues physiques, d'excès vénériens, d'émotions dépressives ou de travaux intellectuels exagérés; je soigne depuis plusieurs années un malade qui, chaque fois qu'il se livre à un travail intellectuel un peu assidu, a des accès de glycosurie avec presque 40 et 50 grammes de sucre par litre, il a actuellement près de soixante-dix ans, et semble à l'abri de la paralysie générale.

M. Briand souscrit aux remarques de M. Feré. Rappelant des recherches nombreuses qu'il a faites autrefois à Sainte-Anne, dans le service de Magnan, il dit avoir trouvé du sucre dans les urines de beaucoup d'aliénés, surtout lorsque celles-ci étaient recueillies après des repas copieux. Il y a donc lieu d'être réservé avant de déclarer que l'on a affaire au

diabète, et il ne lui semble point démontré que le malade de M. Rouillard soit véritablement un diabétique.

M. Rouillard fait remarquer qu'il n'a point voulu parler du diabète, mais simplement de la glycosurie, ainsi que l'indique le titre même de sa communication.

M. Charpentier. J'ai resumé ainsi qu'il suit à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 22 octobre 1887 (nº 139 de l'*Union médicale*), une observation qui a trait à la communication de M. Rouillard.

Il s'agit d'un cas de diabète et de paralysie générale observé sur un même sujet, âgé de quarante-quatre ans, ayant eu des fièvres en Cochinchine, la syphilis, une irido-choroïdite double d'une durée de plus de deux ans et disparue six mois avant l'invasion de la paralysie générale; de plus, excès antérieurs de toutes sortes. La présence du sucre dans les urines fut constatée pendant l'irido-choroidïte, mais nous ne vîmes le malade que lorsque la paralysie générale fut établie; il urinait alors de 10 à 23 grammes de sucre par jour et 3 à 13 grammes d'urée, certains jours; et, malgré la même alimentation et le même régime, les urines ne contenaient aucune trace de ces substances, mais la physionomie de la paralysie générale n'en subissait aucune modification. Les symptômes les plus caractérisés étaient les suivants : perte de la mémoire, idées de satisfaction, inconscience de sa situation et du milieu qui l'entourait, inégalité pupillaire, embarras de la parole, affaiblissement musculaire progressif, amaigrissement modéré, sueurs nocturnes et abondantes, appétit exagéré, accès de coma irrégulier, avec haleine fétide, ce furent les accès de coma qui nous firent rechercher le sucre dans les urines; le père était mort à Bicêtre, dans le service de M. Delasiauve, d'une paralysie générale : il n'y avait pas d'antécédents arthritiques connus dans la famille.

Sur l'origine de quelques idées délirantes dans la paralysie générale.

M. Klein. — Rien n'est plus fréquent, dans la paralysie générale, que les idées délirantes qui ont trait à la personnalité physique du malade. A chaque instant, dans les asiles, les paralytiques généraux vous arrêtent et souvent vous forcent à admirer leurs belles dents, leur peau blanche, leur barbe en or, etc., etc., ou bien ils vous disent qu'ils n'ont plus d'estomac, que leur cœur est déplacé, qu'on leur a enlevé le cerveau, suivant qu'ils présentent la forme expansive

ou hypocondriaque du délire. Or, si les troubles de circulation cérébrale et les lésions matérielles de la paralysie générale nous expliquent suffisamment l'apparition dans cette maladie du symptôme délire en général, elles ne nous rendent nullement compte de la prédominance habituelle de ces idées délirantes particulières, se rapportant à l'organisme du malade. Il est donc légitime de chercher ailleurs la raison de cette prédominance et de se demander s'il n'y a pas dans les autres symptômes de la maladie, et surtout dans l'état somatique du paralytique général, quelque chose qui puisse nous faire saisir la génèse de ce délire particulier.

Cette idée de vouloir établir des rapports entre le délire et les troubles somatiques que présente tel ou tel malade n'est certainement pas neuve. Il y a longtemps qu'on a parlé du rapport étroit qui doit exister entre la sitiophobie des mélancoliques et le mauvais état de leur tube digestif. Mais il me semble qu'on n'a pas assez insisté, jusqu'à présent, sur ce phénomène en ce qui concerne les paralytiques généraux hypocondriaques. D'un autre côté, personne, à ma connaissance, n'a cherché à établir, jusqu'à présent, un rapport quelconque entre les idées de satisfaction personnelle dont nous venons de parler et les désordres de la sensibilité générale que paraissent présenter ces paralytiques, surtout au début de leur maladie. C'est ce que je vais essayer de faire ici.

Prenons d'abord la forme hypocondriaque, pour laquelle ces rapports sont plus évidents et plus faciles à établir, et qu'il me soit permis de rapporter ici une courte observation avec autopsie que j'ai recueillie l'année dernière pendant mon internat à Sainte-Anne, dans le service de mon excellent maître, M. le professeur Ball.

Le nommé B....., d'origine alsacienne, est entré à la clinique le 17 octobre 1886. Il présente les symptômes classiques de la paralysie générale : affaiblissement considérable de toutes les facultés et surtout de la mémoire, embarras de la parole, pupilles très dilatées et inégales, et un symptôme particulier sur lequel le chef de clinique, mon ami M. le Dr Pichon appelle mon attention, notamment la chute de la paupière supérieure du coté gauche. Ce malade présente en même temps une paralysie vésicale et intestinale assez opinâtre et un délire hypocondriaque très caractéristique. Il refuse de manger, et lorsqu'on insiste auprès de lui : « Je ne puis pas manger », répond-il, « je suis bouché, j'ai la tête de mon frère

et de ma sœur dans le ventre. » Cette sitiophobie a duré plus d'un mois, avec quelques jours d'interruption et la réponse du malade revenait toujours la même dès qu'on approchait de lui quelque nourriture. Le malade ne tarda pas à succomber, et à l'autopsie que j'ai pratiquée en présence du chef de clinique, j'ai trouvé en dehors des lésions cérébrales, tout l'intestin grêle, depuis le duodénum jusqu'au cœcum, occupé à une certaine distance l'une de l'autre, de masses de matières très dures dont chacune obturait presque complètement la lumière du canal intestinal. Il me semble difficile de ne pas voir de rapport direct entre ce fait d'autopsie et l'idée délirante qui prédominait chez ce paralytique général, et je crois logique de dire que dans ce cas, et dans les cas analogues, le malade, en émettant son idée délirante, ne fait que donner corps aux sensations qui lui sont fournies par ses différents organes dont le fonctionnement est presque toujours entravé chez cette catégorie de paralytiques. Et non seulement ils donnent corps à leurs sensations, mais encore ils revêtent souvent ce corps d'une certaine forme, ils allégorisent leurs sensations, si l'on peut ainsi s'exprimer.

Le délire hypocondriaque de ces malades serait donc essentiellement d'origine sensitive et aurait pour point de départ des troubles de ce qu'on est convenu d'appeler la sensibilité générale.

Voyons maintenant la forme expansive du délire paralytique. A ce propos, je me permettrai de raconter ici un petit accident qui m'est arrivé l'année dernière. Un jour, au moment de la contre-visite, je me suis trouvé en présence d'un jeune paralytique général, nommé N. et dont l'observation a été rapportée par mon ami et collègue M. le Dr Vrain, dans sa thèse inaugurale « sur la paralysie générale à debut précoce. » Le malade était un peu excité. Je me disposais à lui causer, lorsqu'il m'empoigna par les bras et m'entraîna malgré moi jusqu'au bout de la salle où nous étions en criant : « attendez, monsieur, il faut que vous voyiez. » Connaissant le malade, et sachant qu'il n'était point méchant, comme d'ailleurs presque tous les paralytiques, je me suis laissé faire afin de voir où il voulait en venir. Arrivé auprès d'une fenêtre, le malade me relâcha et se mit à se déshabiller avec une précipitation extrême, puis sa poitrine mise à nu, il s'écria : « Regardez, monsieur, regardez comme j'ai la peau blanche. » Le lendemain et pendant quelque temps encore, on ne pouvait pas

passer auprès du malade sans qu'il se mit à retrousser ses manches pour faire admirer « ses beaux bras blancs ».

Pour qu'un malade agisse de la sorte, il faut, ce me semble, qu'il y ait, dans son état, quelque chose de plus qu'une simple excitation cérébrale; il faut que sa sensibilité générale se trouve dans un état d'exaltation morbide. La démonstration de ce que je crois vrai est un peu difficile. Je ne puis pas invoquer de fait d'autopsie à l'appui de ma thèse, comme je l'ai fait pour le délire hypocondriaque; mais à défaut d'autopsie, quelques considérations théoriques que je me permettrai de vous soumettre, rendront, je crois, mon assertion fort probable.

Il y a d'abord un fait physiologique bien connu de tout le monde, c'est l'influence considérable du physique sur le moral de l'homme à l'état normal. Une bonne digestion, une respiration libre contribuent pour beaucoup à rendre l'homme content et heureux. Or, il est inconstestable que, chez une bonne partie de paralytiques généraux au début, il y a une suractivité morbide de toutes les fonctions, ce que M. Regis a décrit sous le nom de dynamie fonctionnelle. Sous l'influence de cette dynamie, la vie végétative présente une véritable turgescence. L'appétit de ces malades est excellent, leurs digestions faciles et rapides; le pouls et les mouvements respiratoires sont un peu accélérés, la calorification est plus active qu'à l'état normal. Le malade prend des couleurs et de l'embonpoint; il ressent ainsi un bien-être inaccoutumé et sans mélange, son intelligence étant déjà assez effondrée pour que les ennuis et les nécessités de la vie de tous les jours ne puissent le troubler et creuser leur sillon sur son front. Ces conditions toutes matérielles, cet accomplissement plus parfait qu'à l'état normal, si l'on peut ainsi s'exprimer, des différentes fonctions de la vie végétative, ce jeu, devenu plus facile par l'effet de la maladie cérébrale, de ses différents organes, fournit nécessairement au malade des sensations agréables lesquelles, interprétées par un cerveau malade deviennent, je le crois, l'origine de ces idées délirantes de satisfaction et d'admiration de ses propres organes si fréquentes chez ces paralytiques généraux au début. En rapprochant ce délire de satisfaction du délire hypocondriaque des autres paralytiques, je serais donc tenté de dire que, dans les deux cas, ces idées délirantes pourraient être considérées comme une interprétation maladive des faits matériels, des processus morbides qui se passent dans l'organisme du malade; mais ces proces-

sus étant de nature inverse dans les deux cas, le délire a un sens opposé chez ces deux catégories de malades.

Une objection à cette manière de voir, objection qui m'a été faite et qui vient naturellement à l'esprit, c'est que la forme expansive et dépressive du délire apparaît souvent chez le même paralytique général à quelque temps d'intervalle et le malade, qui se disait hier heureux et content, pleure et se lamente aujourd'hui. Il n'est même pas rare, et j'en ai observé un exemple ces temps derniers, de voir un paralytique général vous annoncer dans une crise de larmes, qu'il est millionnaire, « qu'il est le général Boulanger et commandant en chef des armées » comme me l'a dit, tout en pleurant, le malade auquel je fais allusion, et qui se trouve dans le service de la clinique. Mais, si la mobilité et la contradiction sont des caractères essentiels du délire paralytique en général, ces caractères ne se retrouvent pas au même degré dans les idées délirantes dont nous parlons. Ces idées délirantes, se rapportant à l'organisme même du malade, quoiqu'étant parfois tout à fait absurdes, sont plus tenaces et plus cohérentes que les idées de richesse et de puissance ou de malheur et de désolation, qui traversent le cerveau du paralytique.

C'est là, je crois, une preuve de plus que ces idées délirantes particulières doivent avoir des attaches plus profondes, des attaches organiques, dans la sensibilité générale du sujet.

Du délire chronique (suite)

M. J. Seglas. — Messieurs, après les savants discours de MM. Falret, Dagonet, Cotard, Christian, Ball, mon intervention dans la discussion vous semblera certainement téméraire, et le reproche que l'on nous faisait dans la dernière séance de confondre, dans nos arguments, les dégénérés avec les délirants chroniques, ce reproche augmenterait mon embarras et me ferait douter de ma jeune expérience, si je ne trouvais à m'abriter derrière une autorité qui puisse rester incontestée. Mais ce doit être assurément des délirants chroniques dont je vous apporte ici l'histoire, car ce n'est pas par moi, mais par MM. Magnan, Garnier, Briand que le diagnostic a été porté. Voilà la raison et l'excuse de ma communication.

Les partisans du délire chronique, dans leurs travaux lus à la Société, font de cette vésanie une maladie spéciale, bien

délimitée, bien distincte des folies dégénératives, autant par son évolution que par le terrain sur lequel elle repose. Tout n'est que confusion dans Lasègue, Morel, Foville, Schüle, Krafft-Ebing : tout est simple, clair, dans la théorie opposée, dans le délire chronique, pas ou peu d'hérédité, ce facteur principal de la dégénérescence pour MM. Magnan et Garnier, et en tout cas pas de marque de cette dégénérescence, ni stigmates physiques, ni encore stigmates psychiques, puisque, jusqu'à l'âge avancé (trente ans environ) où débute la vésanie, l'état mental reste intact. Or, dans les observations qui vont suivre (1) nous rencontrons à la fois l'hérédité, la dégénérescence....... et le délire chronique.

Chez mes délirants chroniques, une hérédité aussi chargée que celle des dégénérés les plus avoués se manifeste par l'alcoolisme, les paralysies, les altérations du caractère, la déséquilibration et la débilité mentales, les névroses hystériformes, le bégayement, l'aliénation caractérisée, le suicide, les obsessions etc...

Avec de pareils antécédents, rien d'étonnant à ce que nous rencontrions la preuve de cette hérédité : microcéphalie, acrocéphalie, asymétrie cranio-faciale, malformations de la voûte palatine, déformations auriculaires multiples, tic facial, bégaiement, menstruation tardive : ce sont bien là, ce me semble, des stigmates physiques et même plus particuliers aux états inférieurs, si l'on en croit MM. Saury (p. 27 à 31) et Legrain (p. 35). Du côte psychique, nous avons vu le retard de développement dans l'enfance, la parole tardive, l'instabilité et la faiblesse d'esprit, les altérations du caractère, des sentiments, et même ces états émotifs particuliers réunis par M. Magnan sous le nom de syndromes épisodiques des héréditaires.

Mais, messieurs, ces observations sont un peu superfines car on n'a qu'à relire les leçons cliniques de M. Magnan, ou les thèses faites sous son inspiration, pour en trouver de toutes semblables.

Dans le premier travail qui parut sur cette question (1883), M. Gérente, tout en décrivant l'évolution particulière du délire chronique, dit que cette vésanie ne se rencontre pas chez le premier venu : il faut une longue incubation, une ou deux générations au moins préparant le terrain, il faut être

(1) Ces observations seront publiées ultérieurement.

prédisposé. L'auteur va plus loin lorsqu'il dit, à propos de l'éclosion du délire, que « s'il survient quelque accident ; le malade, jusque-là original, maniaque au sens vulgaire du mot, succombe, étant d'ailleurs, dès sa naissance, ce qu'on appelle un débile, ou bien s'étant affaibli mentalement au cours de son existence » ; et autre part : « Au début de l'affection mentale, il y a un fond primitif de débilité dû le plus souvent à quelque dégénérescence héréditaire. » Dans sa thèse, M. Gérente ne sépare donc pas les délirants chroniques des dégénérés et ne met en relief que la succession des périodes, telle qu'elle est encore décrite aujourd'hui et qui serait toujours la même. D'ailleurs la lecture des observations qu'il rapporte est loin d'entraîner une conviction absolue, car on y rencontre, confondus, les faits les plus dissemblables (persécutés ordinaires, persécutés sans hallucinations, délire des dégénérés de toute espèce, hypocondriaques, nombre de mélancoliques anxieux avec craintes d'accusations, idées de culpabilité, de ruine et même de négation). Cela ne semble-t-il pas justifier quelque peu les critiques exprimées dans sa communication par notre éminent maître, M. Falret ?

Dans un autre travail, M. L. Boucher décrit aussi l'évolution particulière du délire chronique et dit que « l'étiologie en est tout entière dans l'hérédité et pour cela même, souvent impossible à reconnaître, la famille, les parents dissimulant de leur mieux la tare qui pèse sur eux, et craignant, pour des intérêts divers, de donner certains renseignements relatifs aux ascendants du malade qui se rapportent, dans tous les cas, à des anomalies intellectuelles, à des troubles dus à l'alcoolisme ou à des empoisonnements chroniques, à des dégénérescences, à des névroses. Aussi ne saurait-on trop soigneusement rechercher du côté du père, de la mère, des grands-parents paternels et maternels, des oncles, tantes, cousins, le moindre indice qui puisse vous mettre sur la voie. Bien souvent on côtoie, dans le monde, des hypocondriaques qui, sous la dénomination vulgaire d'originaux, de maniaques, dissimulent mal la véritable aliénation mentale. Qu'une douleur profonde, qu'une perturbation violente surviennent chez ces prédisposés mal équilibrés, et les premiers symptômes du délire chronique apparaîtront. » Ces mêmes idées avaient été exprimées dans une leçon clinique de M. Magnan (*Journ. de méd. et de chir.*, 1883), où l'on voit aussi que le délire chronique peut être accompagné ou non d'hallucinations.

D'ailleurs, dans ce même travail de M. Boucher, nous trouvons une observation qui nous semble se rapprocher singulièrement de celles de nos malades chez lesquels nous avons constaté l'importance attachée à certain chiffre ou une sorte de folie du doute. Il s'agit d'une malade observée dans le service de M. Magnan et certifiée par lui atteinte de délire chronique avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale et prédominance d'idées de persécution. Or, dit M. Boucher, « dès l'âge le plus tendre (7 mois) les convulsions se manifestent chez cette malade, trahissant la disposition névropathique dont nous ne pouvons, d'après les rensignements fournis, retrouver l'origine. Plus tard, elle était facilement excitable, d'un caractère inégal, et c'est seulement il y a un an et demi, au mois d'octobre 1882, qu'elle fut prise de céphalalgie persistante, avec un peu de fièvre. Depuis, elle commence à être inquiète, elle reste longtemps absorbée, elle pleure sans motif, puis elle se met à se laver les mains à chaque instant : pendant cette opération elle s'interrompait, parlait bas. En février 1883, à l'occasion d'un déménagement, les idées de persécution apparaissent. » Voilà une période prodromique de délire chronique qui me paraît ressembler singulièrement à de la folie du doute.

Dans la thèse plus récente de M. Dericq, nous trouvons que l'auteur, tout en admettant que le plus souvent le délire chronique se développe sur un autre terrain que celui de la débilité mentale, ajoute « qu'il n'est pas tout à fait rare de rencontrer chez un faible d'esprit un délire chronique, non point qu'il s'agisse d'un délire qui dure et dont la durée serait le seul caractère, mais de cette espèce particulière d'aliénation mentale dont la marche régulière, plus ou moins lente, conduit, d'étape en étape, le malade à la démence. Un caractère de ce délire progressif (épithète qui prêterait moins à l'équivoque que celle de chronique) chez un débile, est d'être confus, peu logique, mal coordonné....... toutefois la succession des périodes n'est point troublée (p. 40). » M. Dericq cite ensuite trois exemples de coexistence chez un même individu, de débilité mentale avec délire chronique et délire alcoolique.

A propos de cette coexistence possible du délire chronique avec des états dégénératifs, nous citerons encore la thèse de M. Respaut qui rapporte deux observations de coïncidence, chez un même individu, de l'épilepsie avec le délire chro-

nique. La seconde surtout, très détaillée, mérite d'être signalée. Il s'agit d'un individu dans les antécédents duquel on note l'épilepsie chez un oncle paternel, qui, ayant eu des convulsions en bas âge, présente à dix-huit ans des manifestations épileptiques très nettes ; à vingt-trois ans le délire chronique commence à apparaître, les idées de persécution se systématisent progressivement ; à trente ans, les idées de grandeur apparaissent, elles tiennent la scène à trente-six ans. Durant tout ce temps, le malade n'a cessé de présenter des accidents épileptiques (accès, vertiges, délire), et même des accidents alcooliques à la suite d'excès de boissons.

M. Magnan lui-même, dans ses leçons cliniques sur l'épilepsie, rapporte l'observation analogue d'un homme de trente-deux ans (p. 31.) « Sa mère était épileptique..... un frère est épileptique..., le père, qui était ivrogne, est mort infirme à Bicêtre. Un cousin germain maternel, curé, est atteint de délire chronique. G..., sous l'influence de cette hérédité complexe, est à la fois épileptique et délirant chronique.

Cette coïncidence possible du délire chronique avec l'épilepsie ne laisse pas que de donner à réfléchir, quand on se représente que l'épilepsie idiopathique est généralement considérée comme une névrose dégénérative, et en tout cas, comme le dit M. Magnan quelques pages plus haut, essentiellement héréditaire (p, 5.). Et il nous semble que si le délire chronique est bien distinct des formes dégénératives de la folie, on peut être à bon droit étonné de trouver réunies ces manifestations morbides d'ordre si différent chez un même individu qui, indemme par le côté délire chronique de toute tare dégénérative, serait au contraire plus ou moins profondément déchu de par ses accidents alcooliques (Dericq, Legrain) ou comitiaux et par son état de débilité mentale.

D'autre part, dans les leçons plus récentes de M. Magnan, dans les communications qui nous ont été faites, le délire chronique est considéré comme entité morbide bien distincte et nettement opposée aux délires des dégénérés. L'accord cependant n'est pas encore aussi parfait ni la question aussi claire qu'on pourrait le supposer, et nous citerons à ce propos la thèse récente de M. Legrain qui mérite un examen approfondi. Tout d'abord, notons que M. Legrain déclare nettement admettre que les dégénérés peuvent être atteints du délire chronique véritable (p. 272), mais de plus il décrit chez

eux un délire à évolution chronique; c'est de cette question d'évolution dont nous dirons maintenant quelques mots.

Considérée en elle-même, la succession des périodes dans le délire chronique n'a rien de caractéristique. puisqu'elle peut se rencontrer dans certains délires des dégénérés; mais alors elles sont plus courtes, donnant lieu à ce délire chronique galopant de M. Briand, qui n'est pas du délire chronique (?), tandis que dans le délire chronique un caractère principal serait leur longue durée. Il nous semble que cette règle peut souffrir des exceptions, comme on peut le voir par l'exemple suivant (1) :

Voilà un délire chronique qui nous semble avoir évolué assez rapidement, puisque les premiers troubles psychiques ayant débuté au mois d'avril 1884, à la fin de la même année on était déjà arrivé à la troisième période, au délire des grandeurs, mais si, comme cet exemple semble le prouver, il y a des cas où le délire chronique peut évoluer avec autant de rapidité qu'un délire dégénératif, il y a réciproquement certains délires des dégénérés qui évoluent avec lenteur et d'une façon chronique et avec les caractères d'un délire systématique. Nous n'en voulons pour preuve que le délire des persécutés persécuteurs. Mais il en est d'autres, pouvant affecter les formes les plus diverses et présenter successivement des idées analogues à celles qui caractérisent les étapes successives du délire chronique. C'est cette variété de délire que M. Legrain décrit dans sa thèse, sous le nom de délire à évolution chronique des dégénérés. Ces délires peuvent se présenter parfois sous l'aspect du délire chronique véritable. Et si l'on admet d'autre part, avec M. Legrain, que ce délire chronique véritable peut aussi se rencontrer chez les dégénérés (p. 272), on voit de suite que la séparation du délire chronique n'est pas chose aussi simple ni aussi tranchée qu'on pourrait le croire d'après les communications qui nous ont été faites et qui, pour détacher cette nouvelle espèce nosologique, l'oppose simplement à ces délires d'emblée, polymorphes, à évolution variable, déjà signalés par Morel, et avec lesquels personne, en somme, ne les confond. D'un autre côté, si le pronostic de ces bouffées délirantes est bénin, chose que personne ne conteste, il n'en est plus de même des délires à évolution chronique qui peuvent s'acheminer

(1) Cette observation sera publiée ultérieurement.

lentement vers la démence. Voici ce que dit M. Legrain de ces derniers : « Lorsque les malades ont déliré pendant un certain nombre d'années, d'une manière uniforme, sans avoir présenté autre chose que de rares rémissions de très courte durée, quelle que soit d'ailleurs la forme clinique du délire, on peut vraisemblablement les considérer comme perdus sans retour. Pendant dix ans, quinze ans, le délire évolue, changeant peu d'aspect, nous avons dit que les délires polymorphes étaient plus favorables et qu'ils s'acheminaient assez souvent vers la guérison. Il en est bien autrement lorsque le dégénéré s'attache obstinément à une ou plusieurs idées délirantes. Cette uniformité tient un peu du système et nous savons que les délires systématisés comportent un mauvais pronostic en général. Ces cas sont assez rares à la vérité, et le dégénéré, primesautier de sa nature, a peu de tendance à la systématisation. Mais, dès qu'elle survient, on voit la maladie se prolonger indéfiniment, et alors de deux choses l'une, ou bien le malade est emporté par une maladie intercurrente en pleine évolution délirante, ou bien, le progrès de l'âge aidant, la démence survient : démence tardive, démence secondaire bien différente de la démence précoce et primitive survenant dans le jeune âge. Les dégénérés partagent ce mode de terminaison avec les délirants chroniques (p. 235-236). » Cette simple citation, empruntée à un partisant du délire chronique, suffira, je suppose, pour montrer que l'antithèse entre cette forme délirante et les délires dégénératifs n'est pas aussi absolue qu'on veut bien le dire, tant au point de vue de l'aspect général de la maladie, que de la durée et du pronostic. Nous avons vu d'ailleurs sur quels terrains elle peut se développer.

Messieurs, je ne vous cacherai pas qu'arrivé à la fin de ce travail, je ne sais plus bien au juste ce qu'il faut voir dans le délire chronique. Un seul fait, d'ailleurs déjà connu, me paraît devoir être mis en relief, c'est qu'à côté des folies à marche intermittente ou essentiellement remittente, il y en a d'autres à marche continue plus ou moins régulière. Pour le reste, les faits que j'ai rapportés et les travaux des partisans du délire chronique que j'ai cités sont en opposition manifeste avec la doctrine qui nous a été exposée, et en tout cas nous y montrent cette même confusion tant reprochée à Lasègue et à ceux qui l'ont suivi. Il n'y a que l'étiquette de changée. En face de ces contradictions, ne vous semble-t-il

pas, comme à moi, que la doctrine du délire chronique n'a pas des racines bien profondes, et avant de rallier, l'opinion demande à être singulièrement éclaircie ? C'est là un de ces problèmes dont la solution réclame l'appui d'une longue expérience. Quant à moi, si les documents que je viens d'exposer peuvent avoir en cette matière quelque utilité, je m'estimerai heureux d'avoir rempli la tâche que je m'étais imposée.

M. Magnan. Je ne veux pas aborder aujourd'hui la discussion générale sur le délire chronique, mais je tiens à répondre, dès à présent, aux critiques présentées par M. Séglas, d'après l'examen de malades actuellement à la Salpétrière. Comme ces aliénées pourraient être transférées en province, j'ai cru utile de ne pas différer cette partie de la discussion, puisque nous possédons, en ce moment, le meilleur moyen de contrôle, le malade lui-même.

M. Séglas, dans une partie de son argumentation, s'est placé sur un excellent terrain, celui de la clinique, et il nous donne le résultat de son observation. J'ai voulu naturellement revoir les huit malades de la Salpétrière choisies par notre contradicteur ; pour la plupart d'entre elles, je ne les avais eues sous les yeux que peu de temps, conséquemment une erreur de diagnostic eut été possible, le certificat immédiat étant, vous le savez, délivré dès l'entrée de l'aliéné à l'asile, en l'absence de tout renseignement. Dans ces conditions, un délire chronique pouvait être facilement confondu avec un délire systématisé de tout autre espèce.

Sur les huit malades, j'en ai trouvé sept encore dans les services de nos collègues, MM. Falret et Voisin, une seule, celle qui fait l'objet de l'observation VII, a été transférée en province ; je l'ai regretté, parce qu'elle eût pu faire l'objet d'une discussion spéciale à propos des dégénérés persécuteurs, sur lesquels je reviendrai plus tard, en vous communiquant deux faits dont j'ai eu à m'occuper particulièrement : il s'agit de deux aliénés persécuteurs qui m'ont pris pendant longtemps comme point de mire dans leurs revendications maladives.

La critique de M. Séglas portant principalement sur les faits ; il est indispensable de les reprendre successivement pour les analyser ; mais avant d'entrer dans le détail de ces faits, je dois rappeler que l'hérédité rayonne sur toute la folie, qu'elle n'est pas l'apanage exclusif de la folie des héré-

ditaires ou des dégénérés ; que ceux-ci, dont l'hérédité est, sans doute, habituellement très chargée, peuvent néanmoins ainsi que cela a été démontré lors de la discussion sur la folie héréditaire, peuvent, dis-je, devoir leur tare cérébrale, non point à la folie des ascendants, mais à un état passager des parents au moment de la conception (ivresse par exemple), aux affections développées pendant la vie fœtale et même aux maladies du jeune âge.

D'autre part, il n'est pas rare de trouver une hérédité très chargée chez des paralytiques, des aliénés intermittents, des mélancoliques, des maniaques simples, parfois même chez les névropathes, et enfin, vous n'ignorez pas que le fils d'un aliéné n'est pas, ce qui du reste est fort heureux, voué fatalement à la folie. La clinique, sous ce rapport, fournit même des exemples très curieux d'ascendance vésanique fortement accentuée avec un seul aliéné parmi de nombreux descendants ; ou bien encore d'un seul frère sain d'esprit au milieu de quatre ou cinq aliénés, comme j'ai eu l'occasion d'en rapporter moi-même des exemples. Conséquemment, une hérédité chargée chez un délirant chronique ne saurait le faire entrer dans le groupe des héréditaires dégénérés. Ce qui caractérise la folie des héréditaires et des dégénérés, c'est surtout l'état mental du sujet, les syndromes épisodiques développés sur cet état mental, et enfin l'évolution, l'allure particulière et les caractères spéciaux des délires multiples qui se produisent. Je ne reviendrai donc pas, à chaque observation, sur cette question d'hérédité, puisque pour les cas où cette hérédité est très chargée, je n'aurai qu'à répéter ce que je viens de dire.

Observation première : Mlle M... (service de M. Voisin). — Il s'agit d'une femme de cinquante-six ans, persécutée depuis douze ans, ambitieuse depuis deux ans. Les symptômes et l'évolution de la maladie, dit M. Séglas, nous paraissent ressembler assez à ce qui a été dit du délire chronique. Nous n'insisterons donc pas sur les symptômes, pour passer immédiatement aux antécédents personnels de la malade, sur lesquels M. Séglas nous paraît avoir été mal renseigné. Melle M. n'aurait parlé qu'à sept ans, tandis qu'en réalité elle parlait au moins à cinq ans, et, dans une circonstance facile à retenir, lors du départ de son oncle, elle a témoigné ses regrets de le voir partir. Elle s'exprime, du reste, aujourd'hui très facilement, sa prononciation est nette, il n'y a pas la moindre

blésité et cette intégrité de la parole serait, vous en conviendrez, bien extraordinaire chez une personne qui n'aurait parlé qu'à sept ans. — « Elle est allée, ajoute M. Séglas, plusieurs années à l'école, mais n'y a jamais appris à lire. » Or, elle n'allait à l'école que très irrégulièrement et pendant deux ou trois mois de l'année, et néanmoins elle a appris et elle sait lire.

» Elle jouait, dit-on, presque toujours seule et n'avait pas des idées de petite fille, elle jouait comme un garçon ; elle n'aimait que les chevaux, les chiens; plus tard, elle n'a jamais aimé s'occuper de ménage, mais elle préférait les travaux d'homme. » Ce passage ferait supposer des dispositions à l'inversion du sens génital, mais rien de semblable n'a jamais existé. Enfant, elle allait jouer en compagnie de camarades avec les jouets qu'on lui donnait, chevaux, chiffons ou poupées. Elle ne tenait pas à faire le ménage, mais elle aimait coudre. A douze ans, je me raccommodais, dit-elle, moi-même, toutes mes affaires.

« Elle n'a jamais aimé les hommes, ajoute-t-on encore, et elle les fuyait ou leur disait des sottises. » La misère qui existait dans sa famille l'avait fait réfléchir, elle a refusé de se marier avec des individus mal élevés et grossiers, mais elle a eu, dit-elle, des *épanchements de cœur* pour des jeunes gens convenables,et si *elle eût pu les épouser elle en eût été heureuse.*

« Jamais, dit-on encore, elle n'est restée plus de quatre mois en place ; même étant jeune, elle changeait toujours. » Elle est restée dans la même place, chez la sœur du Dr Tabouret, de dix-huit à vingt-deux ans et demi, *près de cinq ans*, et à diverses reprises elle est restée chez différents patrons, dix, treize et quatorze mois.

« Notons enfin, au point de vue des idées actuelles, que, il y a une vingtaine d'années, sa mère ayant voulu racheter son frère du service, elle lui fit à ce propos des scènes violentes, prétendant qu'on donnait tout aux autres, rien à elle, qu'on était injuste, etc. » Le rachat du frère (3.800 fr.) a ruiné la famille, si bien qu'elle avait été obligée elle-même de prêter 300 francs, qui ne lui ont pas encore été entièrement rendus, et c'est à cette occasion qu'elle aurait écrit, il y a quelques années.

Les règles se sont montrées à douze ans et non à seize ans.

Si nous résumons, nous voyons, d'après l'observation de

M. Séglas : débilité mentale, troubles de la parole, ignorance profonde, inversion sexuelle, perversion morale, paresse et incapacité de travailler. Si vous examinez la malade, vous trouverez une femme intelligente, à la parole facile, aux réponses nettes et précises, elle sait lire et n'offre pas traces d'anomalie sexuelle, elle explique ses difficultés avec la famille, elle offre, en un mot, l'état mental d'une délirante chronique.

Obs. II. : D... (Elise), (service de M. Falret.) — C'est un délire chronique à la seconde période, avec hallucinations et idées de persécution que M. Séglas décrit longuement, puis il ajoute : « Il n'y a pas trace d'idées de grandeur, ni d'affaiblissement intellectuel ; à notre avis, la maladie est plutôt une faiblesse d'esprit de naissance. »

Messieurs, il s'agit d'une domestique âgée aujourd'hui de quarante-neuf ans, ayant appris à lire et à écrire en allant à l'école du village, comme y allaient les enfants, il y a quarante ans, c'est-à-dire très irrégulièrement. Elle s'exprime correctement, ses réponses sont nettes et précises et son système délirant s'enchaîne logiquement, il n'y a donc pas de faiblesse d'esprit.

M. Séglas passe ensuite à l'examen physique et dépeint comme microcéphale, prognathe, asymétrique, acrocéphale, tandis que nous n'apercevons, pour notre part, qu'un front fuyant sur une tête un peu allongée. L'examen de la bouche nous a fait voir sur la voûte palatine, à droite du sillon médian, une dépression linéaire antéro-postérieure, ressemblant à une cicatrice et tirant légèrement la muqueuse de ce côté. Si, après un nouvel examen, il restait encore un doute, M. Falret pourrait nous autoriser, sans doute, à joindre la photographie de la malade à cette discussion, et chacun pourrait ainsi s'assurer que Mlle D... n'est point le spécimen tératologique dont parle M. Séglas (*asymétrie*, *prognathisme*, *microcéphalie*, *acrocéphalie*.).

Obs. III. S. f^me C... (service de M. Falret). — Cette malade, à son entrée à l'asile Sainte-Anne, était à la seconde période du délire chronique ; elle avait des hallucinations et des idées de persécution nettement systématisées ; aujourd'hui, elle commence, d'après l'observation de M. Séglas, à présenter quelques idées ambitieuses. C'était la marche prévue du délire, je n'y insiste pas.

Mme S... a été réglée à dix-sept ans et non à dix-huit ou

vingt-ans; elle n'était pas sujette aux attaques de nerfs, comme on le prétend; elle s'est trouvée mal une seule fois, dans des circonstances particulières; elle était allée, sans manger, à l'église, au milieu d'une foule compacte, un jour de grande cérémonie. Cet accident ne s'est jamais renouvelé.

Au point de vue psychique, on lui attribue à tort un syndrome épisodique, le délire du toucher. « Elle a toujours eu, dit M. Séglas, la *manie de la propreté*, un peu comme son père. » Or qu'avait le père? « Celui-ci avait l'habitude, quand on le touchait, de se secouer et de s'essuyer; il ne voulait pas toucher les boutons des portes, parce que quelqu'un aurait pu y laisser de la saleté; il se reservait une chaise spéciale, et si quelqu'un s'y asseyait, il s'essuyait de suite après; jamais il ne voulait manger hors de chez lui.

M. Séglas a encore été mal informé sur le compte de cette malade, elle n'a jamais eu la *manie de la propreté;* dans le service, jamais personne, ni surveillantes, ni infirmières n'ont observé aucun acte rappelant de près ou de loin des appréhensions de cette nature: j'ai placé dans les mains de la malade des pointes, des épingles, du cuivre, toute sorte d'objets, elle a touché à tout ce qui nous environnait et tout cela le plus naturellement du monde, sans la moindre hésitation; interrogée sur les lavages fréquents auxquels elle se serait livrée, elle a répondu simplement: « J'avais dans mon ménage autre chose à faire qu'à passer mon temps à me laver et je n'en éprouvais du reste nullement le besoin. » Or, vous savez, messieurs, combien est pénible la crainte du toucher et quand un malade a été sous le coup de cette obsession, il en conserve le souvenir toute la vie, dans le cas même où il vient à guérir.

Mme S.... est donc une délirante chronique ordinaire, intelligente, sans stigmate d'aucune sorte.

Obs. IV. — R. femme B... (service de M. Falret). — Pour cette observation, M. Séglas fait la réflexion suivante: « Je ne dirai que peu de chose de cette malade, qui est peut-être, à mon avis du moins, au point de vue des symptômes et de l'évolution de la maladie, le type le plus parfait du délire chronique tel qu'il nous a été décrit ici. »

Les trois périodes, en effet, (inquiétude, délire de persécution et délire ambitieux) se sont succedé de la façon la plus régulière. C'est un bel exemple de délire chronique, et si dans son enfance, Mme B... a eu de la chorée pendant quel-

ques semaines, si elle bégaie, elle ne s'en est pas moins montrée toujours intelligente, économe, bonne ménagère, bienveillante pour son mari jusqu'à l'apparition du délire ; elle n'a présenté, en un mot, aucune tare psychique, et nous connaissons tous des personnes qui bégaient dont l'intelligence est intacte.

Obs. V. — B..., femme G... (service de M. Voisin).

C'est encore un exemple assez net de délire chronique. — Cette malade qui, jusqu'ici, n'aurait eu que des idées de persécution, commence à présenter quelques idées ambitieuses. Elle entend les *messieurs*, personnages qui agissent sur elle lui dire que M. Puteaux, son ancien patron, lui laissera une grande partie de sa fortune.

L'examen que j'ai fait de la malade diffère de la description cinai Séglas, en ce que l'asymétrie de la face, si elle existe, bouchère appréciable et que la malade m'a paru intellilog. ; c'est aussi, d'ailleurs, l'avis de M. A. Voisin, qui la soigne en ce moment, et dont elle rétorque, m'a dit notre collègue, tous les arguments avec beaucoup de vivacité, de logique et d'esprit. J'ajouterai que les règles se sont montrées à quatorze et non à seize ans.

Enfin, pour ne rien omettre, je ferai observer que si la malade remue trois fois les doigts, c'est pour obéir aux hallucinations : les *messieurs* lui disent de remuer trois fois; il n'y a là rien de comparable à l'obsession du nombre.

Obs. VI. — C..., femme G.... (service de M. Voisin). Cette malade présente les symptômes habituels du délire chronique, des hallucinations surtout auditives et des idées systématisées de persécution : depuis peu de temps, apparaissent des idées ambitieuses.

M. Séglas signale un tic facial persistant encore aujourd'hui. J'ai examiné Mme G.... pendant trois quarts d'heures environ et j'ai remarqué simplement, à de rares intervalles, un peu de serrement des lèvres et un léger claquement ; la malade, qui venait de parler, a prétendu ne pas le faire habituellement et expliquait ce mouvement par le besoin d'humecter en ce moment la bouche. Je n'ai pas constaté non plus de bégaiement.

M. Séglas avait noté ensuite quelques phénomènes assez importants pour être contrôlés : « Elle avait la manie de tout ranger à l'excès; si l'on touchait à quelque chose, elle criait et allait le remettre en place. Quand on lui donnait de l'ar-

gent, elle s'essuyait les mains après, de même elle se secouait quand on la touchait. Très souvent aussi elle prenait des voitures, y restait un quart d'heure et descendait avant d'arriver à destination. » La malade prétend qu'elle n'était pas assez riche pour payer ainsi inutilement des voitures; il va sans dire qu'elle pourrait ne pas convenir d'une bizarrerie de ce genre, qui peut d'ailleurs n'être que la traduction d'une idée de persécution, mais il n'en est pas de même pour la crainte du toucher : nous lui avons remis diverses monnaies d'argent et de cuivre, qu'elle a prises dans la main, sans la moindre appréhension ; elle a touché, sans hésitation, des boutons de porte, des morceaux de cuivre, des aiguilles, un couteau ; s'il lui est arrivé parfois, dit-elle, de s'essuyer, c'est après avoir tenu longtemps des sous dans la main ; le cuivre ajoute-t-elle, enfermé dans la main chaude et humide, de cette une certaine odeur qui ne lui est pas agréable ; quadans le pièces d'argent, ça lui est indifférent puisqu'elles n'o[illegible]'ont d'odeur. Vraiment, est-ce là le délire du toucher? Assurément personne ne le reconnaîtrait.

Cette malade est très hallucinée, et il lui arrive parfois de s'arrêter court en marchant, ou bien de se détourner de la route. Interrogée sur cette manière de faire, elle nous a répondu que les voix changeant quelquefois de direction, elle était obligée de les suivre pour mieux les entendre. Il n'y a encore là, vous le voyez, rien qui rappelle les syndromes épisodiques, les phénomènes d'arrêt des dégénérés.

Obs. VII — Melle Eugénie. — Cette malade a été transférée en province, je ne m'y arrête pas aujourd'hui. Du reste, j'aurai probablement plus tard à rappeler ce fait, en parlant des persécutés persécuteurs, chez lesquels on peut trouver passagèrement des hallucinations de l'ouïe qui rendent le diagnostic parfois très difficile.

Obs. VIII. — B... (Marie) (service de M. Falret). — Cette observation est encore un exemple classique de délire chronique. Je laisse de côté des détails secondaires pour en venir immédiatement à l'évolution de la maladie qui est l'objet principal de la critique de M. Séglas.

Pour notre collègue, les idées de persécution chez cette femme, datent du mois d'avril 1887, et comme le délire ambitieux apparaît en juin 1885, pendant le séjour à l'asile de Vaucluse, il trouve avec juste raison cette marche un peu rapide. J'avais pour ma part, sur cette malade entrée dans

mon service en novembre 1887, quelques notes, d'après lesquelles le début du délire remontait non pas à 1884 mais à 1881. A cette époque, en effet, Mme B... se brouille avec une voisine qui lui *bat froid* et la *regarde de travers;* qui bientôt après lui met des ordures devant la porte; *lui fait des malices*, puis elle a mal aux yeux, des rougeurs sur le corps, elle trouve des *amertumes* dans les pruneaux; c'était certainement sa voisine. Plus tard, c'est cette voisine qui lui adresse de grossières injures.

Mais admettons, si vous le voulez, que nous n'ayons pas de renseignements. Est-ce qu'il nous serait permis d'adopter l'interprétation que M. Séglas donne des phénomènes observés chez cette malade? Voilà une femme, atteinte de délire de persécution, qui, au mois d'avril 1884, présente des hallucinations de l'ouïe; elle entend des propos injurieux chez le boucher, dans la rue, dans sa maison à travers le mur du logement voisin; elle porte plainte au commissaire. Est-ce qu'en présence de tels accidents, d'un délire aussi nettement systématisé, de cette affirmation précise des offenses, de la désignation de l'ennemi déterminé, ce n'est plus on, mais bien Mme X? Est-ce qu'il ne vient pas à l'esprit de vous tous que c'est là une grande malade, un délire vigoureux, dont les racines sont déjà très profondes? Voilà ce que dit la clinique et, conséquemment, l'observation VIII, ainsi complétée, reste un délire chronique à *évolution systématique* tel que nous le comprenons.

(A suivre).

JOURNAUX ANGLAIS

THE JOURNAL OF MENTAL SCIENCE

Janvier 1888

Recherche quantitatrice du plomb dans les cervaux de deux employées d'une fabrique de blanc de céruse, mortes subitement, par le Dr Wynter Blyth.

Cinq cas d'intoxication saturnine aiguë, terminés par la mort, se présentèrent, de 1884 à 1886, dans une fabrique de blanc de céruse, située aux environs de Londres. Ils concernaient des femmes de dix-huit à trente-trois ans qui n'étaient employées à l'usine que depuis un espace de temps relativement restreint, trois à douze mois. La mort de ces femmes fut absolument imprévue et tout à fait soudaine ; sauf de légères indispositions et le liséré gingival, rien ne pouvait faire prévoir la gravité de leur état. Dans quatre cas, on observa, aux derniers moments, des convulsions épileptiformes et du coma ; dans le cinquième on ne vit rien de semblable : mais il faut dire que la mort survint la nuit.

Quatre autopsies furent faites, où l'on ne constata aucune lésion appréciable des organes.

Le Dr Wynter Blyth ayant eu à sa disposition, dans deux de ces autopsies, des portions importantes de foie, de reins et de cerveau, a déterminé, avec autant de précision que possible, la quantité de plomb contenue dans ces organes. Ses recherches sont intéressantes surtout en ce qui concerne le cerveau, pour lequel jusqu'ici les déterminations précises de ce genre sont très rares.

Les cerveaux examinés ont été traités successivement par l'alcool, par l'éther et le chloroforme, ils ont été ensuite incinérés. Le plomb a été recherché, non seulement dans les cendres ainsi obtenues, mais aussi dans les résidus, convenablement traités, des liquides qui avaient servi à l'expérience.

Malheureusement l'auteur n'a pas eu à sa disposition des cerveaux entiers ; il n'eut qu'une partie des hémisphères cérébraux, le cervelet, la protubérance et la moëlle allongée, et il a dû par conséquent faire un calcul de proportion pour

déterminer la quantité absolue de plomb présumée existant dans tout l'organe.

Il a trouvé que le cerveau devait contenir, dans un cas (en milligrammes) 105,77, et dans l'autre 117,1. — La proportion du plomb (sous forme de sulfate) contenue dans le cervelet était notablement plus grande que dans le cerveau, étant dans le rapport de 1,07 à 0,92.

Le plomb recueilli dans les liquides de lavage représentait environ les quatre cinquièmes de celui que contenaient les cendres de substance cérébrale.

Étiologie, séméiologie et traitement de la folie puerpérale, par le Dr A. Campbell Clark, directeur médecin de l'asile de Bothwell, Glasgow.

Cet article a été commencé dans les numéros de juillet et octobre 1887. Son titre annonce plus qu'il ne donne, du moins pour ce qui concerne la séméiologie. Mais tel qu'il est, il contient beaucoup de particularités intéressantes.

Il est l'analyse de quarante observations recueillies avec soin et sur lesquelles, pendant un espace de sept années, l'auteur a recherché tous les renseignements qui pouvaient lui être utiles.

Au point de vue étiologique, le Dr Campbell Clark réduit à deux points principaux les notions relatives à la folie puerpérale. Il faut, dit-il, que la femme en état de puerpéralité ait, d'une part, une prédisposition nerveuse spéciale, soit héréditaire, soit acquise, et, d'autre part, que son organisme soit vicié, ou bien qu'un accident, nerveux lui-même, comme une forte émotion morale, vienne précipiter le système nerveux tout entier dans le désordre où sa prédisposition l'entraîne.

Cette vue d'ensemble, sur l'étiologie de la folie puerpérale, est assurément neuve, et permet de mieux saisir les conditions dans lesquelles elle se développe que ne le permet l'étude isolée de chaque influence accidentelle, prise séparément.

Les considérations séméiologiques se rapportent surtout aux lésions organiques du cerveau et des méninges, aux modifications de la sécrétion urinaire, aux complications qui aggravent la maladie.

Le Dr Clark estime que la folie puerpérale est de nature congestive, inflammatoire ; dans les cerveaux qu'il a examinés, il y avait des marques indéniables de congestion, disten-

sion des vaisseaux artériels, éléments de prolifération dans les cellules de la névroglie.

Dans toutes les analyses d'urines qu'il a faites, et auxquelles il a cherché à donner le caractère le plus net possible de précision scientifique, en les faisant à une époque très rapprochée du début de la maladie, et en ne prenant que des urines pures de tout mélange et de toute saleté, il a trouvé des indices de perturbation de l'organisme. La quantité de liquide, par jour, était diminuée dans la proportion de deux tiers; l'urine était d'une densité supérieure à la normale. Dans neuf cas sur vingt-trois il y avait de l'albumine. En général, il y avait une diminution assez considérable de l'acide phosphorique. Enfin l'urée descendait à une moyenne de 3 gr. 68 en vingt-quatre heures.

Le traitement de la folie puerpérale doit tenir compte de l'état des malades et de la forme de leur maladie. Les troubles des fonctions digestives doivent, avant tout le reste, attirer l'attention. Les accidents septicémiques, l'anémie doivent être combattus avec énergie. Les dispositions hystériques des malades donnent lieu à des indications spéciales. Enfin, suivant qu'il s'agit d'une forme maniaque ou d'une forme mélancolique, il faut recourir à des moyens divers; cependant, dans un cas comme dans l'autre, le Dr Clark a retiré de bons effets de l'emploi de l'opium et de la morphine.

DES HÉMORRAGIES ET DES FAUSSES MEMBRANES DE LA CAVITÉ ARACHNOIDIENNE CHEZ LES ALIÉNÉS, par le Dr JOSEPH WIGLESWORTH, médecin de l'asile du comté de Lancashire.

Mémoire intéressant, qui résulte d'observations nombreuses prises avec soin, et de recherches anatomiques entreprises sur une large base. Sur quatre cents autopsies, l'auteur a trouvé soit du sang, soit des fausses membranes dans quarante-deux cas, ainsi répartis :

Paralysie générale	22
Mélancolie aiguë	3
Mélancolie chronique	2
Mélancolie avec stupeur	1
Épilepsie (avec état maniaque)	1
Manie chronique	4
Manie chronique avec démence	2
Démence secondaire	4
Démence sénile	3
	42

Le malade le plus jeune avait trente-deux ans ; le plus âgé, quatre-vingt-cinq ans.

L'auteur formule les conclusions suivantes :

1° L'état morbide décrit sous le nom de pachyméningite interne hémorragique n'est nullement le résultat de l'inflammation ; il est dû a un épanchement de sang au-dessous de la dure-mère. L'hématome ainsi formé s'organise et peut se convertir en fausses membranes.

2° Cet hématome peut aisément se rencontrer chez les aliénés, parce que, d'une part, ils sont sujets aux congestions cérébrales, et que, d'autre part, les vaisseaux, les méninges se rompent plus aisément, moins bien soutenus qu'ils sont par le fait de l'atrophie des circonvolutions.

3° L'hématome est plus commun dans la paralysie générale que dans les autres formes morbides, parce que les conditions sus-énoncées s'y rencontrent plus habituellement réunies.

4° L'hémorragie arachnoïdienne se rencontre surtout dans la folie chronique. Mais on la trouve aussi quelquefois dans la folie aiguë, principalement dans celle qui affecte la forme mélancolique. Dans ce cas, elle peut amener rapidement la mort.

5° D'une manière générale, cette hémorragie est indépendante de tout traumatisme ; cependant, en quelques circonstances, un coup, même léger, sur la tête, a pu déterminer un épanchement mortel.

BRAIN

Janvier 1888.

PARALYSIE AVEC HYPERTONICITÉ MUSCULAIRE, par le Dr A. HUGHES BENNETT.

Sous ce titre où le mot parésie vaudrait mieux que celui de paralysie, et qui, malgré ce changement, désignerait d'une manière encore bien imparfaite l'état auquel il s'applique, le Dr Hughes Bennett constitue un type clinique qu'il a observé assez fréquemment et dont les deux symptômes principaux, sinon essentiels, sont, d'une part, l'affaiblissement plus ou moins marqué de la force musculaire, et, d'autre part, l'hyperexcitabilité du muscle sous l'influence de la percussion locale.

Il est rare que la force musculaire soit complètement perdue, et les mouvements normaux s'accomplissent encore; mais le malade manque de vigueur, ses jambes se dérobent aisément sous lui. En marchant, il traîne les pieds et se fatigue rapidement. Tous ses actes musculaires ont plus de lenteur. Enfin, le dynamomètre témoigne nettement de cet affaiblissement de force.

L'hyperexcitabilité des muscles, sous l'influence de la pression, est notablement augmentée, et, dans les cas les plus graves, on observe même des contractions clowniques. Il suffit parfois de percuter un os pour déterminer des contractions dans le muscle voisin.

S'il y a d'autres symptômes, ils sont très variables et peu accusés. Généralement les malades ne ressentent aucune douleur.

Dans la plupart des cas, le mal a un début insidieux, sa marche est lente. On le rencontre aussi bien chez des femmes que chez des hommes. La cause est difficile à déterminer ; la syphilis où l'hérédité n'y sont pour rien ; en général le froid ou des fatigues prolongées paraissent en être le point de départ.

La guérison est fréquente; elle survient d'habitude avec lenteur : mais dans quelques cas elle est rapide.

Le repos constitue le principal mode de traitement.

L'hyperexcitabilité musculaire indique que la maladie est en corrélation avec des troubles fonctionnels ou peut-être même organiques de la moëlle épinière. Mais aucune donnée anatomo-pathologique ne permet de préciser la nature de ces troubles. Le Dr Bennett est disposé à leur appliquer l'expplication proposée d'une manière générale par Charcot, Brissaud et Bouchard, au sujet de l'hyperexcitabilité neuromusculaire, et de les regarder comme le résultat d'un processus irritatif des cellules ganglionnaires motrices des cornes antérieures. Mais il insiste sur ce fait, que la maladie qu'il a décrite ne peut se confondre ni avec la paralysie spasmodique, ni avec la sclérose en plaques disséminées. La parésie qui lui est commune avec cette dernière forme morbide n'a pas le même caractère de gravité ; la rigidité musculaire de la paralysie spasmodique lui manque absolument ; enfin, elle est curable dans la plupart des cas, ce que ne sont pas les deux autres maladies.

Folie a deux, par le Dr D. Hack Tuke.

Le double mérite de cet article est d'abord de contribuer à faire connaître en Angleterre, où elle est presque inconnue, une forme de folie que des travaux importants ont nettement déterminée en France; ensuite de décrire la maladie avec la précision scientifique et la netteté que l'on trouve dans les œuvres du Dr Tuke.

Sous le nom de folie à deux, ou de folie communiquée, le Dr Tuke réunit les divers cas où l'influence morbide, on pourrait dire la contagion, se communique d'une personne à une ou plusieurs autres. Il distingue cinq catégories différentes:

1° Cas où une personne déjà aliénée transmet exactement ses dispositions morbides à une autre personne. C'est là, strictement, la véritable folie à deux.

2° Cas où un individu devient aliéné par le seul fait de vivre avec un ou plusieurs aliénés, sans qu'il y ait transmission absolue des mêmes dispositions morbides.

3° Cas dans lesquels deux personnes ou plus deviennent simultanément aliénées sous une même influence.

4° Cas où les conceptions délirantes d'un aliéné se transmettent à d'autres individus déjà aliénés.

5° Folie simultanée des jumeaux.

Des observations intéressantes, recueillies directement par l'auteur, ou empruntées à d'autres travaux, viennent justifier à leur place la distinction de chacune de ces catégories.

De ces observations le Dr Tuke tire des indications judicieuses, pratiques ou théoriques, dont voici les principales :

L'influence morbide d'un aliéné sur un individu sain d'esprit ne se manifeste que dans de rares circonstances, qu'il est possible de déterminer avec une assez grande exactitude.

En règle générale, on peut dire que ceux qui deviennent aliénés dans les conditions dont il s'agit, sont des névropathes ou des faibles d'esprit.

La folie communiquée se rencontre principalement chez des femmes.

Parmi les aliénés, ceux-là sont propres à communiquer leur folie, qui semblent encore en possession de leur intelligence et qui ne divaguent pas d'une manière très évidente.

Classification internationale des maladies mentales, par le Dr Walter Channing, de Brookline.

Le Dr Channing propose, en premier lieu, de substituer le mot *psychoses* au terme *maladies mentales*, lequel est, en réalité, très impropre, et en second lieu, d'adopter la classification du Dr Wille, à cause de son extrême simplicité. Cette classification est la suivante :

Psychoses congénitales Psychoses simples	Idiotie. Imbécillité.
Psychoses organiques Psychoses épileptiques	Paralytique. Sénile. Autres formes.
Psychoses par intoxication	Alcoolisme. Syphilis, etc.

THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASES

Septémbre à décembre 1887.

Influence du climat du Colorado sur les maladies mentales et nerveuses, par le Dr J. T. Eskridge.

Les recherches sur les qualités bonnes ou mauvaises d'un pays, d'un climat, peuvent être fort intéressantes, à une double condition, c'est que, d'une part, les particularités de ce climat, de ce pays, soient nettement déterminées, et, d'autre part, que les observations faites soient aussi précises que possible.

Le mémoire du Dr Eskridge ne présente rien qui satisfasse à la première condition ; il ne dit même pas, pour ceux qui l'ignorent, que le Colorado est surtout formé de hauts plateaux. La seconde condition ne s'y trouve guère, non plus, car il ne présente rien autre chose que des appréciations générales. Ce que nous pouvons en retenir de plus certain, c'est que les maladies mentales y sont rares.

Un fait indiqué par ce mémoire mériterait d'être étudié à fond, car il est en lui-même un peu singulier. Il consiste en ce que les gens tourmentés antérieurement par des insomnies et qui viennent se fixer dans le Colorado, y sont presque immédiatement mieux disposés au sommeil, alors que, cependant, la persistance du séjour excite le système nerveux et y produit une irritabilité parfois très grande. Comment un même climat peut-il être à la fois sédatif et excitant ?

Exaltation douloureuse de la sensibilité et folie dues à la morphine, par le Dr Samuel B. Lyon, médécin de l'asile de Bloomingdale.

Il s'agit principalement, dans cet article, d'un cas de folie transitoire avec hallucinations, causée, suivant toute évidence, par l'usage de la morphine. Une dame de cinquante ans, atteinte d'angine de poitrine, et abandonnée à elle-même, s'était mise à faire usage de la morphine, qui seule calmait ses souffrances. Elle en absorbait chaque jour, en trois fois, de cinq à quarante centigrammes (deux à sept grains). Au bout de trois ans elle fut prise de mélancolie anxieuse; elle avait des hallucinations extrêmement pénibles, qui lui causaient des terreurs violentes. Son état devint tel qu'on dut l'interner. Dès ce moment l'usage de la morphine fut supprimé, et très peu de temps après, la malade présenta une amélioration notable. La stupeur mélancolique disparut graduellement et, en fin de compte, il y eut guérison de la folie. Un détail intéressant, c'est que, pendant toute la durée du trouble mental, la malade fut exempte d'accès d'angine de poitrine : à peine avait-elle recouvré la raison, que survinrent de nouveaux accès. On évita de recourir à la morphine pour les soulager ; pour atténuer les douleurs on eut recours, avec quelque profit, à la faradisation pratiquée sur la région cardiaque.

THE MEDICAL RECORD

De l'augmentation du nombre des aliénés, par le Dr William D. Granger, premier médecin adjoint de l'asile de Buffalo.

Dans cet article, l'auteur s'occupe de l'augmentation du nombre des aliénés, surtout pour les asiles de l'état de New-York. Cette augmentation est considérable; elle comprend, de l'année 1880 à l'année 1886, 4,001 individus, et pour la seule année 1886, 831.

En 1870, il y avait dans les asiles de l'état de New-York, 5,623 aliénés, répartis dans les asiles publics et les asiles privés. En 1880, il y en avait 9,537, et en 1886, 13,538. La plus grande partie d'entre eux sont à la charge de l'État ; assurément ces chiffres sont de nature à attirer l'attention et à préoccuper les pouvoirs publics.

Les causes les plus faciles à déterminer de cet accroissement de la population des asiles sont que :

1° Parmi le grand nombre d'étrangers immigrants qui viennent dans l'État, une partie sont déjà aliénés ou transmettent à leurs enfants des tares morbides héréditaires :

2° Les aliénés chroniques vivent plus longtemps, grâce aux améliorations apportées dans leur existence.

3° Les cas de folie aiguë et curable sont mis trop tard en traitement.

4° La population est plus disposée qu'autrefois à recourir aux asiles, pour y faire admettre les malades.

Rien ne peut faire prévoir la limite d'influence de la première cause. Les trois autres continueront de se faire sentir encore pendant longtemps, et le temps n'est peut-être pas éloigné, où, dans de telles conditions, les asiles de l'État de New-York, abriteront le quatre-centième de la population de l'État,

Pour remédier à cette situation, le Dr Granger voudrait que les aliénés curables seuls fussent admis et gardés dans les asiles ; que les chroniques fussent reportés dans des centres de colonisation ; que tous ceux qui seraient dans des conditions convenables fussent rendus à leurs familles ; enfin que, pour un certain nombre d'entre eux, on essayât le système de Gheel. — (*Numéro du 8 octobre 1887.*)

L'IVRESSE ET LA RESPONSABILITÉ DES ACTES, par le Dr T. D. CROTHERS de HARTFORD, Connecticut.

Bien que nous n'acceptions pas, d'une manière absolue, les conclusions de l'auteur sur la responsabilité des actes dans l'ivresse, l'article contient des particularités intéressantes, qui méritent d'être relevées.

Un nommé John Smith ayant, dans l'état d'ivresse, tué un de ses voisins, fut condamné à mort et pendu. Cette condamnation avait été prononcée malgré l'avis de médecins qui considéraient que Smith, sur qui pesaient des tares héréditaires et nerveuses, s'enivrait à des intervalles périodiques, où il était poussé invinciblement à boire ; que, dans ces conditions, il était véritablement aliéné et par conséquent irresponsable de ses actes. Mais le jury, à qui on avait représenté que Smith avait conscience qu'il s'enivrait, et que, par cela même, il avait conscience des méfaits qu'il pouvait commettre, le déclara responsable.

Le Dr Crothers estime que la condamnation fut injuste, et se range à l'avis des médecins appelés comme experts en cette affaire.

Dans les cas de ce genre il faut, dit-il, rechercher avant tout les conditions dans lesquelles se produit l'ivresse, et voir si elle n'est pas due à la dipsomanie, qui, par ses retours inopinés ou périodiques, assimile le dipsomane aux malades atteints d'épilepsie ou de folie circulaire, et le rend irresponsable de tous les actes que, conscient ou non, il commet en cet état.

La maladie est d'autant plus probable en pareil cas, que le sujet présente des prédispositions héréditaires.

Assurément l'ivresse ainsi envisagée est un motif d'irresponsabilité. Mais nous ne saurions admettre, avec le Dr Crothers, que l'ivresse rend encore irresponsable lorsque le crime auquel elle a pu donner lieu a été commis sans motif plausible. En pareil cas, ce qu'il faut envisager, c'est, non pas les circonstances de l'acte, mais le point de départ des conditions dans lesquelles il a été commis.

C'est en se plaçant à ce point de vue qu'on peut légitimement, avec le Dr Crothers, formuler les conclusions suivantes :

Le fait que John Smith savait discerner le bien du mal ne prouve nullement qu'il n'ait pas cédé à une impulsion irrésistible.

L'absence de symptômes essentiels de folie chez cet homme au moment de l'ivresse, ne prouve pas qu'il était alors sain d'esprit.

L'abus périodique qu'il faisait des boissons alcooliques indique suffisamment un état morbide.

Il ne devait donc pas être condamné. — (*Numéro du 18 février 1888*). Dr VICTOR PARANT.

JOURNAUX ALLEMANDS

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT

1887

S. **Orschansky**, de Charkow, (Institut physiologique de Du Bois Reymond). TEMPS DE RÉACTION D'UNE IMPULSION ET D'UNE INHIBITION VOLONTAIRES.

Non seulement nous pouvons modifier le rhytme et l'intensité d'un mouvement volontaire : nous pouvons aussi l'arrêter, le réduire à 0. Le mécanisme de cette inhibition

volontaire d'un mouvement volontairement exécuté est encore obscur. La façon la plus simple d'expliquer cette inhibition serait de la considérer comme produite par l'innersion des antagonistes (H. Munk). Mais l'inhibition antagonistique, qui existe indubitablement, ne s'étend pas au domaine entier des phénomènes d'arrêt, puisqu'il y a des muscles qui agissent sans antagonistes. Outre l'inhibition antagonistique, il existe donc une inhibition *pure*, c'est-à-dire un arrêt volontaire direct des contractions d'un muscle volontairement contracté. Peut-être cette inhibition pure se produit-elle parallèlement avec l'inhibition antagonistique; peut-être les deux sortes d'inhibition ont-elles lieu dans des cas différents et sous des conditions diverses. Pour étudier le rapport existant entre une impulsion volontaire et une inhibition volontaire d'un muscle — sans antagoniste — on a choisi le masséter ; un appareil spécialement construit pour ces expériences a permis de représenter graphiquement la contraction et l'inhibition de ce muscle unique.

Dans une première série d'expériences, on nota le temps entre le moment de l'excitation électrique de la peau et celui du commencement de la contraction du masséter (temps de réaction d'une impulsion volontaire). Dans une seconde série, l'appareil enregistrait le moment où le masséter, volontairement contracté, était inhibé (temps de réaction d'une inhibition volontaire). Règle générale : les deux temps de réaction devenaient plus courts par l'exercice. Ainsi, de 0,25 de seconde, le temps de réaction de l'impulsion volontaire descendit à 0,15 ,et de 0,30 à 0,14 pour l'inhibition volontaire. Les deux temps de réaction tendent donc à s'égaliser. Ils deviennent plus courts quand l'excitation initiale est plus intense. Ils sont d'autant plus longs que l'amplitude du mouvement accompli est plus grande. Si le sujet en expérience pense soit au mouvement à accomplir, soit à l'inhibition de ce mouvement, c'est-à-dire, si son attention reçoit le caractère d'une *représentation motrice* ou d'une *représentation inhibitrice*, les temps de réaction sont naturellement plus courts. La fatigue les ralentit. Kraepelin a prouvé que l'alcool, au premier stade de son action, accélère le temps de réaction, pour le ralentir ensuite. On a vérifié qu'il en était bien ainsi pour les deux sortes de réaction étudiées.

Bref, le résultat de ces recherches, c'est que l'impulsion et l'inhibition volontaires se comportent, quant au temps, d'une

manière tout à fait parallèle. Le principe de l'*identité de ces deux fonctions psycho-motrices* est donc prouvé, au moins comme formes d'activité psychique.

SIKORSKY, de Kiew. — IMPORTANCE DE LA MIMIQUE POUR LE DIAGNOSTIC DE LA FOLIE.

Les faits dont il s'agit ici sont depuis longtemps connus des cliniciens; mais ils n'ont guère été étudiés avec exactitude. Esquirol, Spielmann et Schüle en ont publié quelques observations bien faites. Travaux récents sur les anomalies du mouvement dans quelques psychoses par Freusberg et Ziehen. On connaît les traités de Duchenne, de Darwin, de Piderit, de Mantegazza, de Schack (1), et les ouvrages du XVIIe et du XVIIIe siècle.

I. *La mimique dans la melancholia attonita.* — Dans les formes graves, rigidité complète des muscles du visage; ils demeurent dans la même situation si longtemps, qu'on ne saurait tirer de ces contractions une signification mimique quelconque. Si l'on cherche un caractère émotionnel dans ces contractions musculaires, on se convainc que l'expression du visage des patients ne correspond à aucune émotion déterminée. Les auteurs ont comparé avec toute raison un pareil visage à un masque et l'impression qu'il fait à celle d'une statue (Krafft-Ebing). Dans quelques cas seulement, exceptionnels, l'expression de la tristesse, de la crainte, de l'étonnement, etc., a été observée. Voici le tableau le plus fréquent que présente la mélancolie avec stupeur : tous les muscles innervés par la branche inférieure du nerf facial sont relâchés, le visage paraît allongé, les coins de la bouche sont abaissés, elle est à peine fermée et il en coule un flux de salive, etc.; le visage fait l'impression du prognathisme; souvent une contraction tonique des muscles frontaux, qui dure des heures, avec une production correspondante de rides horizontales sur toute l'étendue du front, donne, même aux jeunes mélancoliques, l'aspect de la vieillesse. — Tel est le tableau, quand le malade est calme; mais s'il est excité par des impressions externes ou par d'autres causes, question posée, piqûres, etc., on note une contraction plus ou moins énergique des muscles frontaux, tandis que les autres muscles du visage demeurent au

(1) S. Schack : *La physionomie chez l'homme et chez les animaux* dans ses rapports avec l'expression des émotions et des sentiments. Paris, 1887. J.-B. Baillière.

repos. Cette contraction est d'une remarquable lenteur. L'état des muscles du visage rappelle celui des muscles du tronc et des extrémités chez le mélancolique avec stupeur.

II. *La mimique dans la manie.* — Les contractions des muscles de la face dans les cas typiques manquent, comme dans la mélancolie, de toute expression émotionnelle. Les mouvements brusques, rapides, irréguliers, du tronc et des extrémités, sont accompagnés de mouvements de même sorte dans les muscles de la face (grimaces). L'auteur renvoie ici aux planches VII et XIV de l'ouvrage d'Esquirol, dont il cite même quelques paroles du texte.

III. *Le mimique dans la démence simple.* — Très typique Dans les cas graves, le visage est tout à fait sans expression, sans plis, dans un état de tranquillité. Dans les états émotifs, les muscles de la face se contractent, ou seulement le frontal, qui conserve plus longtemps que tous les autres muscles son excitabilité émotionnelle. Cet évanouissement de la mimique, accompagné d'autres symptômes de dépression dans l'attitude de la tête, etc., montre bien que la source de l'innervation émotionnelle est très affaiblie.

IV. *La mimique dans la démence secondaire.* — Ce qui est caractéristique ici, c'est la disparition des traits propres de la physionomie, comme on peut s'en convaincre en regardant les photographies du sujet avant son affection et après son entrée dans l'état chronique. Dans quelques cas, l'expression du visage peut offrir des traits qui ne correspondent à aucun des sentiments connus, à aucun des états émotionnels de l'homme sain.

V. *La mimique dans les états de dégénérescence.* — C'est peut-être le sujet le plus important et le plus intéressant de cette étude. L'auteur distingue ici trois types principaux de mimique que l'on peut observer chez des aliénés ou chez des personnes encore psychiquement saines qui présentent les signes et les caractères de la dégénération.

a) *Le type mimique frontal* (Stirnmimik), fondé sur l'énorme prédominance des muscles frontaux sur ceux qui sont innervés par la branche inférieure du nerf facial. Les contractions des muscles frontaux ont assez souvent le caractère propre de convulsions spasmodiques ; elles sont si irrégulières, qu'elles rappellent plutôt des grimaces choréiques que des mouvements mimiques véritables. Tandis que certains états psychiques supérieurs, tels que l'attention tendue, la concentration et la profondeur de la réflexion, s'expriment par la

contraction plus ou moins intense du muscle orbitaire supérieur, laquelle s'accuse par deux plis verticaux dans la région de la glabelle avec abaissement des sourcils, la contraction de ce muscle fait défaut entièrement, ou à peu près, chez les dégénérés ; aussi ne voit-on pas chez eux ces plis de la glabelle, et les sourcils, très élevés, forment deux arcs à convexité dirigée en haut et en dehors. Il existe donc une distinction essentielle entre la mimique frontale de l'homme supérieur et celle des dégénérés.

b) Le second type de la mimique dégénérative est caractérisé par le *développement considérable de la lèvre supérieure*, plus ou moins large et épaisse. Dans l'excitation émotionnelle et dans les différents mouvements du visage, on peut se convaincre que la lèvre supérieure est ici le centre de toute la mimique de la face, de même que la région frontale dans la mimique frontale. La branche supérieure de l'orbiculaire des lèvres est hypertrophiée. Voir quatre types de cette sorte de dégénérescence dans l'ouvrage de Morel : *Dégénérescences physiques, intellectuelles de l'espèce humaine*, 1857.

c) Le troisième type de mimique dégénérative peut être appelé du nom de *mimique indifférenciée*. Les cliniciens connaissent bien cette mimique, résultant de la contraction prédominante des muscles qui relèvent la lèvre supérieure, en particulier du *m. levator labii super. et alæ nasi*, dans les mouvements venant du grand zygomatique. Chez l'homme normal, le rire s'exprime par l'action de l'orbiculaire de la paupière inférieure et du grand zygomatique, mais sans participation d'autres muscles agissant sur la lèvre supérieure. Ce rire manque aux dégénérés, si bien qu'il est souvent difficile de dire si le sujet rit, pleure ou exprime un autre sentiment. Souvent le rire des dégénérés se complique d'une contraction des muscles pyramidaux du nez, ce qui lui donne l'aspect d'une grimace désagréable. Schüle, qui a décrit cette mimique chez les paralytiques généraux, dit que, dans l'expression de la joie, le visage des malades prend l'expression d'un visage en pleurs.

Quant au conflit des sentiments de tristesse et de joie qu'on observe, à l'état normal, dans les états mixtes de l'âme humaine, et que Duchenne a si bien étudié (1), il n'a rien de

(1) Duchenne (de Boulogne). *Mécanisme de la physionomie humaine*. 2e édit. 1876.

commun avec la mimique indifférenciée des dégénérés. Duchenne a montré, en effet, que, dans ces états mixtes où la joie perce à travers le voile de la tristesse, le grand zygomatique et le muscle sourcilier sont seuls en jeu, mais jamais l'action du petit zygomatique et de l'élévateur commun de la lèvre supérieure et de l'aile du nez.

L'origine et la nature de la mimique ne sauraient être expliquées ; tout au plus peut-on indiquer dans quel sens elles le seront un jour. Cette réserve vaut mieux que l'hypothèse de Freudsberg, à laquelle se rallie l'auteur russe, et suivant laquelle toutes les anomalies du mouvement dans les psychoses seraient indépendantes de la volonté et de la conscience. Pour le référent ce ne sont là que des mots mis à la place des choses. L'étude de la mimique pathologique, relativement à l'expression des émotions, a montré que dans la plupart des cas, cette mimique manque tout à fait de caractère expressif. Outre l'*excitation* (manie) et l'*inhibition* (mélancolie) de l'innervation mimique, on observe chez les aliénés une troisième sorte de changements, l'*affaiblissement* de l'innervation (démence et paralysie progressive); or, cet affaiblissement de la mimique ne dépend pas d'une parésie ou d'une atrophie des muscles, mais de la source même des impulsions mimiques, puisque les muscles qui se montrent affaiblis pour les mouvements de la mimique, demeurent actifs et excitables pour d'autres fonctions (la parole, la voix, la mastication). La quatrième sorte de lésions de la mimique consiste dans ces *troubles partiels, isolés*, de la mimique, surtout de la mimique frontale, qu'on a notés chez les dégénérés. Dans la paralysie générale, tous ces troubles ont été observés.

S. remarque que la *mimique frontale* des dégénérés est propre à la face du singe; elle est aussi très nettement accusée chez les nouveau-nés (Darwin). Quant à la *mimique indifférenciée*, on l'observe chez les races inférieures (Chudzinski), ainsi que les lèvres épaisses en forme de bourrelet. Les trois types de mimique dégénérative présentent donc des phénomènes de régression.

Quelle est la cause de l'absence de toute expression émotionnelle dans la mimique pathologique ? Est-ce l'effet d'une anomalie de sentiment, source de l'innervation émotionnelle, ou, au contraire, le sentiment demeure-t-il normal, et les impulsions émotionnelles exercent-elles leur action sur un mécanisme faussé par la maladie ? Les deux choses doivent

arriver, et la mimique pathologique paraît bien être le résultat de ces deux causes. Mais le principal rôle revient ici aux *lésions des centres de l'innervation mimique*, d'où le manque de rapport entre les sentiments du malade et leurs expressions. Ces troubles pathologiques de l'innervation mimique sont tout à fait analogues aux anomalies qu'on observe dans les autres muscles volontaires. Ainsi, non seulement dans la manie, la mélancolie, la démence, mais chez les dégénérés, on a toujours noté des troubles plus ou moins nets des gestes, de la démarche du malade, etc., bien loin que les anomalies du mouvemement se bornent aux muscles de la face.

Au point de vue clinique, la mimique pathologique a tout autant de valeur que les autres symptômes objectifs des maladies : ces troubles de la mimique sont un réactif d'une grande délicatesse pour la connaissance du cours d'une affection. Ces troubles sont en tout cas plus faciles à observer que les états subjectifs ; aussi la mimique pathologique n'a-t-elle pas seulement une valeur diagnostique : elle sert aussi au pronostic.

En terminant, S. rapporte qu'il est arrivé, après plusieurs années, en s'exerçant devant un miroir, à contracter *séparément* la plus grande partie des muscles de la face, d'abord à gauche, puis sur le côté droit de la face. Actuellement, il lui est possible de eontracter ses muscles dans un ordre quelconque. Par exemple, pour le rire, il contracte d'abord le muscle orbitaire inférieur, puis le grand zygomatique, ou inversement, mais pour chaque côté de la face seulement, non pour les deux. Il en va tout autrement avec les muscles du front : ceux-ci se contractent simultanément et également des deux côtés à la fois. Ce fait s'accorde avec ce qui a été dit de la différence et de l'indépendance des muscles de la face et du front.

JULES SOURY.

CENTRALBLATT FUR KLIN MEDICIN 1888 N° 3

SUR LES EXPÉRIENCES LANDOIS CONCERNANT L'EXCITATION CHIMIQUE DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE, par LEUBUSCHER ET ZICHEN.

Landois a publié il y a quelque temps une série d'expériences qu'il a entreprises pour démontrer l'excitabilité de l'écorce cérébrale par les réactifs chimiques ; après avoir mis à nu la zone motrice de l'animal en expérience (chiens et lapins), il applique sur la pie-mère une certaine

quantité de substances qui font partie de l'urine normale, sous forme de poudre. Le phosphate de potassium, la créatine et la créatinine ont produit chez l'animal des phénomènes qui ressemblaient beaucoup à l'urémie : aussitôt après l'application de ces substances, on vit l'axe du corps s'incliner vers le côté opposé à la zone excitée, et une certaine tendance de l'animal à tourner. Quelques instants après, il survint un accès convulsif avec une série de mouvements se succédant dans l'ordre suivant : vibration des muscles masticateurs surtout du côté opposé, ensuite mouvements cloniques des muscles des lèvres, du nez, de l'œil et de l'oreille, toujours du côté opposé à la région excitée. A ces mouvements cloniques succédaient des mouvements de la langue, l'inclinaison de l'axe du corps vers le côté excité, et de la tête vers le côté opposé ; puis mouvements cloniques dans la patte de devant de ce dernier côté ; mouvements moins violents : enfin mouvements cloniques des muscles du tronc. Lorsque l'accès était violent, les mêmes mouvements se répétaient dans le même ordre du côté de la lésion expérimentale. Ces accès duraient deux jours et au delà, avec de courts intervalles. En général, et surtout lorsque l'application de la substance chimique était faite des deux côtés, ces accès étaient suivis d'un coma profond avec suspension de l'excitabilité réflexe. Le carbonate de sodium, le chlorate de sodium et de potassium, l'urate d'ammoniaque et la leucine produisaient des effets moins intenses.

MM. Leubuscher et Lichen ont entrepris, à leur tour, une série d'expériences dans le même but, et les résultats auxquels ils sont arrivés sont un peu différents de ceux de Landois. Ils ont d'abord démontré que la simple mise à nu de la zone motrice, sans application d'aucune substance irritante, produit chez l'animal certains mouvements, notamment une déviation de l'axe du corps vers le côté opposé à la lésion et un tonus exagéré dans tous les muscles de cette moitié du corps ; en même temps on constate que l'animal se sert plus volontiers de cette moitié du corps pour l'exécution de ses mouvements volontaires. — Pour éliminer cette cause d'erreur, les auteurs ont introduit les substances en expérience sous la dure-mère, ou bien ils ont mis à nu les zones motrices de deux côtés, de façon à mettre les deux moitiés du corps dans les mêmes conditions. Le chlorure de sodium, appliqué sur la zone motrice d'un animal ainsi préparé, ne

provoque aucun mouvement en dehors de ceux qui se produisent par la simple mise à nu d'une seule zone motrice. Les autres substances expérimentées, notamment le phosphate acide de potassium, la créatine, l'urate de sodium et le chlorure de potassium, ont provoqué des mouvements convulsifs dont l'intensité était différente suivant la substance employée et l'animal en expérience. Le chlorure de potassium et l'urate de sodium se sont montrés moins puissants que la créatine et le phosphate de potassium. Le chien réagit moins que le lapin, et l'animal jeune moins qu'un animal d'un certain âge.

Leubuscher et Zichen n'ont jamais constaté de troubles de l'excitabilité réflexe dans le cas d'application unilatérale, contrairement à ce que dit Landois. De même ils n'ont jamais vu l'axe du corps se dévier vers le côté lésé pendant l'accès. L'intensité de ces accès était parfois très faible malgré la quantité de substance employée ; quant à la durée de ces accès, elle n'a jamais dépassé quelques heures. Les mouvements cloniques des muscles de la face et des extrémités se sont souvent étendus aux deux côtés avec la même intensité, et en dehors de ces mouvements cloniques, les auteurs ont observé un tremblement rythmique des extrémités antérieures, s'étendant parfois aux postérieures et plus intense du côté opposé à la lésion. Le nystagmus, que Landois croyait être produit par l'excitation du bulbe, a été observé par les auteurs pendant l'excitation de l'écorce seule. Chez le chien, lorsque les mouvements convulsifs s'étendaient au côté lésé, ces mouvements débutaient toujours par l'extrémité postérieure et ne gagnaient que plus tard la partie antérieure de cette moitié du corps, contrairement à ce qu'a observé Landois. Quant à l'impulsion motrice mentionnée par cet auteur, il est facile de l'expliquer par la réaction qui suit l'opération.

ARCHIV FUR PSYCHIATRIE, XVIII 3.

Affections du système nerveux consécutives aux maladies infectieuses aigues, par le Dr Lunz, de Moscou.

L. divise les affections nerveuses qu'on observe à la suite des maladies infectieuses, en 4 groupes :

1° Les affections du système nerveux survenant à la fin d'une maladie infectieuse, ou pendant la période de con-

valescence de cette dernière ; dans ce cas les troubles nerveux doivent être attribués à l'état d'épuisement du système nerveux produit par la maladie initiale. L'auteur rapporte plusieurs exemples de ce genre : un cas de faiblesse psychique et de troubles moteurs survenant à la fin d'un typhus exanthématique ; un cas d'apathie psychique avec désordre dans les idées après une fièvre typhoïde grave, et un cas d'aphasie transitoire qui a duré six jours, chez un garçon fort anémié, après un typhus pétéchial. Tous ces troubles nerveux disparaissent avec l'amélioration de l'état général.

2° Troubles nerveux fonctionnels qui surviennent quelque temps après la fin de certaines maladies, et qui persistent un certain temps malgré l'amélioration de l'état général du sujet. Tels sont : l'ataxie qu'on observe après la diphtérie et le typhus, et certaines névroses, la chorée, l'hystérie et l'épilepsie, qu'on voit éclater chez les sujets prédisposés après certaines maladies aiguës. L. rapporte un cas d'épilepsie débutant après un typhus exanthématique, qu'il a observé personnellement.

3° Processus inflammatoires du système nerveux central ou périphérique, survenant après les maladies infectieuses. L. en rapporte plusieurs exemples : un cas de névrite multiple après un typhus pétéchial ; paralysie faciale double avec réaction de dégénérescence ; troubles moteurs et sensitifs du côté des extrémités inférieures, avec diminution de l'excitabilité électrique et absence du réflexe rotulien. Un cas de méningite cérébro-spinale consécutive à un typhus pétéchial, et un cas de méningite spinale après un typhus exanthématique.

4° Hémiplégies ou hémiparésies survenant après les maladies infectieuses et qui sont en rapport avec des troubles vasculaires. L. cite deux cas personnels d'hémiparésie consécutive au typhus, avec issue favorable.

ARCHIV FUR PSYCHIATRIE XIX. 3.

MODIFICATIONS DES CENTRES NERVEUX DANS UN CAS DE PARALYSIE INFANTILE, par WALLENBERG.

Dans un cas de paralysie infantile, l'auteur a trouvé un kyste dans l'épaisseur du pédoncule cérébral droit, au-dessous des tubercules quadrijumeaux antérieurs. La destruction portait sur une partie du corpus niger et sur presque tout le

noyau rouge de ce côté. Les modifications de la moelle, que l'auteur considère comme une dégénérescence secondaire consécutive à la lésion du pédoncule, prédominaient surtout dans les cordons latéraux. Leur étendue était surtout considérable à la partie supérieure de la région cervicale, mais le maximum d'intensité de cette dégénérescence se trouvait à la partie moyenne de la région dorsale. En haut elle s'étendait un peu au cordon antéro-latéral, plus bas elle restait limitée au faisceau pyramidal et cérébelleux postérieur. Les faisceaux de Goll participent à la dégénérescence jusqu'à la partie moyenne de la région dorsale ; plus bas, le champ du processus pathologique est moins limité. Quant aux colonnes de Clark, les fibres commissurales étaient plus affectées que les cellules, dont la dégénérescence était surtout considérable au-dessous de la région dorsale.

Dr Klein.

JOURNAUX ITALIENS

ARCHIVIO ITALIANO PER LE MALATIE NERVOSE

(Année 1887, Fascicules I-II.)

Basses températures chez les aliénés, par le Dr Celso Sighicelli.

L'auteur rapporte quatre observations intéressantes de basse température chez des aliénés, atteints toutefois, je m'empresse de l'ajouter, de maladies incidentes assez graves pour avoir entraîné la mort. Le titre du mémoire n'est donc pas tout à fait justifié. Quoiqu'il en soit, voici le resumé des faits.

1° *Fille* de 26 ans, lypémaniaque suicidique, atteinte, autant que j'en peux juger par les détails de l'autopsie, d'une méningite spinale. Du 14 au 21, la température oscilla entre

37° et 38°, avec une poussée à 39° le 19; le 22 au matin, elle tomba à 36°; le soir, elle remontait à 38° 2, pour retomber le lendemain à 36° et rester normale jusqu'au 24; le soir de ce jour, elle descendit brusquement à 28°; le lendemain elle était normale, mais le soir elle descendait de nouveau à 29°, et de ce jour au jour suivant, où survint la mort, elle s'abaissa encore par oscillations jusqu'à 25°.

2° Homme de 53 ans, atteint de lypémanie hypocondriaque avec crises intercurrentes d'anxiété; mort dans le marasme diarrhéique consécutif à une longue crise de violente surexcitation émotive; à deux reprises différentes et à quelques jours d'intervalle la température fut de 31°; au moment de la mort, elle était de 39° 4.

3° Paysan de 53 ans, atteint de démence consécutive à une lypémanie et de diarrhée chronique; les dix derniers jours qui précédèrent la mort, il devint sitophobe et rejeta presque tous les aliments injectés; la température tomba progressivement jusqu'à 31° et le malade s'éteignit.

4° Paysan de 48 ans, mort d'une tuberculose miliaire intestinale, dans le cours de laquelle la température, de 38° tomba tout d'un coup à 36°, rebondit le lendemain à 37° et s'abaissa le surlendemain à 34° 2, pour atteindre par oscillations en trois jours 37° et s'y maintenir jusqu'à la mort, survenue peu après.

Deux cas de lésion unilatérale de la langue, par les Drs Raffaeli Brugia et Antonio Matteucci.

Homme de 67 ans, atteint de lypémanie. On découvrit par hasard chez lui une hémiparalysie droite avec atrophie de la langue. — Femme de 34 ans, atteinte pour la seconde fois de folie puerperale avec spasmes cloniques limités à la moitié droite du même organe. — Ces malades sont toujours en vie. Les auteurs, au lieu de se livrer à des hypothèses, auraient mieux fait de patienter; dans des questions aussi délicates et aussi controversées, la parole n'appartient qu'à l'anatomie pathologique; la moindre lésion bien constatée vaut mieux que les plus belles dissertations.

Un cas de folie morale, par les Drs Conzales Edoardo et Verga.

Observation très détaillée d'un héréditaire atteint de folie

morale congénitale avec niveau intellectuel assez élevé et ayant mené l'existence ordinaire de ces malades. Avec raison, les auteurs en concluent que la folie morale existe en dehors de l'imbécillité. Parlant des derniers travaux de M. Lombroso, ils trouvent chez leur malade les particularités suivantes qui le rapprochent des épileptiques : anomalies de caractère chez de nombreux parents, conduite irrégulière du père, excès sexuels et alcooliques de celui-ci, début des troubles psychiques depuis le jeune âge, caractère violent et irrégulier ; soudaineté, fugacité et violence d'accès maniaques à la moindre contrariété et pour des causes futiles ; céphalées vertigineuses à retours avec amnésie consécutive ; vive tendence à la vie vagabonde et paresseuse, à la masturbation, et finalement asymétrie cranienne et faciale et aussi certains phénomènes d'origine vaso-motrice. Certes personne ne nie qu'il y ait une folie morale d'origine épileptique, mais cela prouve-t-il que tout fou moral est un épileptique, comme l'enseigne le célèbre professeur de Turin ?

UN CAS SINGULIER DE PACHYMÉNINGITE OSTÉOGÉNIQUE CHEZ UN SUJET ÉPILEPTIQUE, par les Drs ANTONIO USUELLI et FEDERICO VENANZIO.

Paysan, atteint d'épilepsie depuis l'âge de 12 ans, mort à 36 ans, fils d'une convulsive. A l'autopsie, on découvrit sous la dure-mère, y adhérentes, deux larges squames solides, dures comme la pierre, à forme de valves de coquillage, situées de chaque côté du sinus longitudinal et dont il fut facile de rompre les adhérences avec la membrane cérébrale. Les squames découvertes, elles se présentèrent sous forme quadrangulaire, la face externe convexe se moulant sur la voûte du crâne, la face interne concave avec des élévations et des sillons correspondant aux sinuosités et aux circonvolutions des hémisphères cérébraux. Les deux faces sont revêtues d'une membrane blanche qui se déchire si on essaie de la détacher. L'épaisseur des squames mesure à peu de chose près un centimètre au centre, et va s'amincissant un peu vers la périphérie, pour finir en bords tranchants où semble prendre insertion une membrane fibreuse double, provenant du revêtement interne et externe des deux faces, membrane qui se continue en tapissant la dure-mère, d'où on l'isole par une certaine traction. Au-dessous des squames, l'arachnoïde et la pie-mère apparaissent opaques et cette dernière a des

adhérences assez tenaces avec la couche corticale. La superficie des hémisphères, dans la zone occupée par la production pathologique, se montre déprimée; les circonvolutions sont aplaties et les sillons peu marqués. L'observation histologique démontra la nature osseuse des squames.

Les auteurs considèrent ces productions osseuses comme l'effet d'une pachyméningite occasionnée par de nombreuses chutes sur la tête lors des attaques d'épilepsie; elles seraient ainsi la conséquence et non la cause de la névrose. Dans tous les cas, le fait anatomique est constant et le mémoire de MM. Usuelli et Venanzio fort intéressant.

Un cas de folie morale congénitale avec rapports avec l'épilepsie, par le Dr Agostino Brunati.

Observation détaillée d'un dégénéré, atteint de folie morale congénitale. Sous l'influence d'excès alcooliques, d'absinthe surtout, il eut des attaques d'épilepsie qui disparurent, avec l'isolement, par la suppression de la cause aidée du bromure de potassium. Je ne pense pas que l'auteur, bien qu'il parle des travaux du professeur Lombroso, ait eu l'idée de rapporter cette observation comme une preuve de l'identité de la folie morale et de l'épilepsie.

Sur le poids comparatif de la calotte cranienne et de sa capacité chez quarante sains d'esprit et trois cent cinquante aliénés, par le Dr Giuseppe Peli.

L'auteur tire de ses consciencieuses recherches les conclusions suivantes :

1° Le poids comparatif de la calotte cranienne et de sa capacité varie chez les sains d'esprit et chez les aliénés.

2° Chez les sains d'esprit, à chaque décilitre de capacité de la voûte du crâne correspond :

a) Pour les hommes, le poids, en moyenne arithmétique, de 44,96 grammes avec un minimum de 28,89 et un maximum de 54,19;

b) Pour les femmes, le poids, en moyenne de 46,68, le minimum de 32,39 et le maximum de 61,87.

3° Le rapport entre la capacité et le poids de la calotte cranienne est plus variable et plus étendu chez les femmes que chez les hommes, ayant chez celles-là une différence entre le minimum et le maximum, en moyenne arithmétique, de 29,48

et de 19, par la méthode sérielle et par la méthode graphique, tandis que chez ceux-ci elle n'est respectivement que de 25,30 et 9.

4° Le poids relatif de la voûte du crâne l'emporte chez les femmes sur celui constaté chez les hommes ; la différence précise, en moyenne arithmétique, est de 1,72 en faveur des premières.

5° On n'observe aucune variation appréciable dans le poids de la calotte cranienne, dans son rapport avec la capacité, selon l'âge chez les sains d'esprit, quel que soit le sexe.

6° Chez les aliénés, à chaque décilitre de la capacité cranienne correspond :

a) Chez les hommes, le poids, en moyenne arithmétique de 45,83 grammes, avec un minimum de 28,25 et un maximum de 89,08;

b) Pour les femmes, le poids de 47,03 en moyenne, le minimum de 27,28 et le maximum de 76,16.

Avec la méthode sérielle, les chiffres les plus nombreux se trouvent entre 35 et 55 dans les deux sexes, et une certaine corrélation se maintient aussi, tant pour les nombres les plus bas, de 27 à 35, que pour les plus élevés, de 56 à 80.

7° Le poids relatif de la voûte du crâne l'emporte chez les aliénés, en moyenne, sur celui des sains d'esprit, soit chez les hommes (de 0,87), soit chez les femmes (de 0,35).

8° La discordance dans le poids de la calotte cranienne entre la moyenne de l'un et de l'autre sexe, est toutefois moindre chez les aliénés que chez les faibles d'esprit (1,20).

9° Le susdit rapport entre la capacité et le poids de la voûte du crâne varie aussi, en moyenne, selon les diverses espèces d'aliénation. Parmi les chiffres les plus élevés, figurent ceux de la folie paralytique, particulièrement chez les femmes.

10° Même chez les aliénés, la différence d'âge n'influe pas notablement sur le poids comparatif de la calotte cranienne et de sa capacité.

La calotte cranienne de Donizetti, par le Dr C. Cappelli.

L'auteur conclut ainsi la première partie de son mémoire : « Les graves troubles de l'innervation sensitive, motrice et trophique qui, chez Donizetti, précédèrent de beaucoup les phénomènes psychiques, les symptômes de lésions en foyer, les fosses anormales, l'hyperostose en certains points très prononcée et les exostoses de sa calotte cranienne, parlent en

faveur de la pseudo-paralysie progressive syphilitique; hypothèse amplement confirmée par deux faits, à savoir : par la mort de ses deux fils peu après leur naissance, et par la grave déformation du crâne et la naissance prématurée de l'un d'eux. » Dans une autre partie, se décidant d'après les travaux d'Amadei sur le poids du cerveau des paralytiques par rapport à la capacité respective de leurs crânes, et sur l'atrophie déterminée dans le cerveau par la paralysie générale, M. Capelli arrive à établir que la capacité du crâne de Donizetti devait être de 1644 et que son cerveau aurait pesé 1534, s'il n'avait pas été pseudo-paralytique syphilitique. L'hypothèse, sans doute, est une belle et bonne chose, mais pas trop n'en faut pourtant, et je ne trouve de réellement positif, dans tout le mémoire du médecin italien, que les mesures de la calotte cranienne qu'il dit avoir appartenu à l'illustre maëstro.

(Fasc. III-IV.)

Asiles-écoles et éducation des idiots, par le Docteur F. Gilforti.

L'auteur résume ainsi qu'il suit le but poursuivi, dans son très long mémoire, où il fait l'historique de tout ce qui a été entrepris pour l'éducation des idiots, expose ce qui est organisé de nos jours dans les divers pays et trace un programme de cette éducation : 1° détruire la croyance que l'idiotie est absolument incurable et que les idiots ne sont susceptibles à aucun degré, ni d'éducation, ni d'instruction; 2° démontrer l'impérieuse nécessité qui se fait sentir en Italie d'une institution qui assure l'avenir et le sort de ces abandonnés ; 3° mettre en relief le devoir qui incombe à ceux chargés de l'instruction publique en Italie, d'accorder aussi leur attention et leurs sages soins aux idiots; 4° exposer et faire connaître les effets bienfaisants d'une telle institution; 5° décrire comment doivent être construits et organisés les asiles-écoles pour les idiots.

Epidémie enrayée de grande hystérie, par le Dr Mariani.

Dans un petit village de 400 habitants, onze jeunes filles présentèrent, influencées les unes par les autres, des symptômes physiques et mentaux d'hystérie; celle qui fut le point de départ du mal était une femme mariée, âgée de 31 ans. Toutes ces jeunes filles étaient plus ou moins des névropathes

et des prédisposées. L'épidémie fut vite enrayée par la séquestration des plus atteintes, dans un asile, et l'isolement des autres dans leur famille. Les douze malades guérirent. Aucun événement de quelque importance, susceptible d'impressionner vivement le système nerveux, n'était survenu dans ce village. L'auteur, dans les considérations dont il fait suivre son exposé des faits, incline pour la contagion nerveuse, sans se prononcer toutefois sur l'agent de cette contagion.

Paramioclonus multiplex, par le Dr Kovalewsky.

Observation détaillée d'une dame présentant des symptômes cadrant en tous points avec ceux décrits par Friedreich, sous le nom de *Paramioclonus Multiplex*. Dans ce cas, comme dans celui de Seeligmuller, les muscles de la face étaient intéressés, contrairement à la règle posée par Marie. La malade était une névropathe héréditaire. L'auteur croit que cette névrose motrice est une maladie *sui generis*.

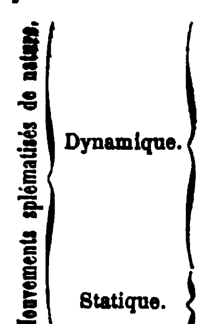
(Fasc. V.)

Autour de la folie morale, par le Dr Federico Venanzio.

Travail théorique dans lequel l'auteur expose et apprécie les diverses opinions émises sur la folie morale. Il incline vers celles de Lombroso.

Des mouvements systématisés dans quelques formes d'affaiblissement mental, par les Drs Raffaeli, Brugia et Scipione Marzocchi.

MM. Brugia et Marzocchi désignent sous le nom de mouvements systématisés, ces mouvements circonscrits, stéréotypés, souvent rythmés et coordonnés, qui s'accomplissent sans le concours de la volonté, mais qui, cependant jusqu'à un certain point, peuvent être dominés par cette volonté; mouvements qui ne correspondent à aucun but extérieur, bien que quelquefois ils aient l'apparence de mouvements intentionnés. Les auteurs sont conduits par leurs études sur les malades atteints d'affaiblissement intellectuel congénital ou acquis, à croire que ces mouvements servent à suppléer au manque de toute activité volitive propre, servant ainsi de décharge aux états d'excitation de l'organe central. Ils donnent dans le tableau schématique suivant une classification de ces mouvements :



Mouvements systématisés de nature.	Dynamique.	1° Par irritation locale des centres corticaux du mouvement.	Automatisme cérébral primitif.
		2° Par irritation qui des cellules des ganglions sensoriels de la base et du bulbe se porte directement aux centres moteurs.	
		3° Par excitation qui des zones sensitivo-idéatives gagne les centres du mouvement.	Automatisme cérébral secondaire.
	Statique.	Par stimulants désignés sous le nom de *résidus de mouvement*.	Automatisme cérébro-spinal.

(Fasc. VI.)

Un cas de folie communiquée (folie a quatre), par le Dr Paolo Funaioli.

Famille d'héréditaires, se nourrissant mal par avarice, composée de cinq personnes, une vieille mère, une sœur et trois frères. La sœur, souffrant de divers troubles nerveux, les attribua à un empoisonnement, œuvre d'une sorcière. Peu à peu elle communiqua non seulement ses conceptions délirantes, mais aussi les malaises dont elle était atteinte, à ses frères, et ils furent convaincus que la sorcière les empoisonnait tous les quatre. Ils devinrent menaçants, l'autorité les séquestra. Les trois frères, sous l'influence de l'isolement, guérirent assez rapidement, mais il ne fut pas de même de la sœur qui avait été le point de départ de la communication.

Démence paralytique chez un imbécile épileptique, par le Dr Celso Sighicelli.

Très intéressante observation. Un imbécile de naissance devint épileptique dans son enfance. En 1886, il commença à avoir de l'inégalité des pupilles, des contractions fibrillaires des muscles de la langue et du visage, du tremblement des mains, de l'affaiblissement des membres et aussi des idées de grandeurs et de la démence à un haut degré. Il mourut quelques mois après, et l'autopsie révéla les lésions caractéristiques de la paralysie générale.

Observation d'anatomie pathologique sur la paralysie progressive des aliénés, par le Dr Guilio Rezzonico.

En examinant le cerveau d'un paralytique mort avec des symptômes de congestion cérébrale, l'auteur a découvert dans

les vaisseaux la présence d'une multitude de petits corps cylindriques ou ronds, isolés ou réunis, sans adhérence avec les parois. Se basant sur les symptômes constatés pendant la vie, sur l'examen histologique de ces corps et leurs réactions chimiques, M. Rezzonico, sans se prononcer, car il ne connaît aucun cas analogue dans la science, croit à un phénomène *post mortem*, dû à une solidification de la partie liquide du sang.

ÉRYTHÈME PELLAGREUX DIFFUS, par le Dr FEDERICO VENANZIO.

Dans l'observation rapportée par l'auteur, l'érythème pellagreux s'étendait à tout le corps. M. Venanzio croit que si on avait soin d'examiner des pieds à la tête tous les pellagreux, on ne tarderait pas à rencontrer d'autres cas semblables au sien, car l'érythème chez eux est moins le résultat d'une action solaire que d'un trouble profond des centres nerveux.

PHÉNOMÈNES DE CONTRASTE PSYCHIQUE CHEZ UNE ALIÉNÉE, par le Dr ANTIGONO RAGGI.

La malade du Dr Raggi était atteinte de lypémanie anxieuse, elle était dominée par un sentiment de peur, par la crainte de mal faire et d'être punie. Nonobstant, elle commettait toute espèce d'actes répréhensibles ou méchants. L'auteur croit que ces phénomènes de contraste chez les aliénés dépendent de deux facteurs : l'un dynamogénique par lequel se produit la transformation instantanée de l'énergie psychique en mouvement, l'autre, au contraire, lié à une insuffisance des influences inhibitrices.

Dr E. MARANDON DE MONTYEL.

BIBLIOGRAPHIE

Cas de coma diabétique chez un enfant, par J.-L. PRÉVOST et P. BINET. (*Revue Médicale de la Suisse romande.* Mai 1887.)

Le diabète sucré est un effet rare de l'enfance. MM. Prévost et P. Binet nous offrent l'observation d'une fillette de

6 ans 1/2 qui a été prise à plusieurs reprises d'accidents comateux et a fini par succomber dans le marasme à la suite de nombreux accidents.

L'autopsie n'a pas donné de résultats bien nets comme lésions anatomiques. En soumettant à l'analyse le cerveau et le liquide céphalorachidien, M. Binet a constaté la présence de l'acétone, corps voisin de celui dont il avait signalé la présence dans l'urine recueillie pendant les accidents comateux, et qui manque, au contraire, dans des moments où ces troubles n'existaient pas et où l'enfant était relativement mieux.

MM. Prévost et Binet font suivre l'observation, d'une série d'expériences pour rechercher si les urines du malade recueillies pendant la période comateuse, injectées à des lapins, pourraient donner des symptômes spéciaux capables d'éclaircir la question encore si obscure des causes du coma diabétique.

De l'artérite chronique et en particulier de l'aortite dans la paralysie générale, par M. A. Bordès-Pagès, thèse de Paris. (Juin 1887.)

Cette thèse, basée sur 52 observations, est consacrée à l'étude des lésions des vaisseaux de la paralysie générale. L'artérite chronique semble constante et entraîne des altérations multiples des valvules aortiques et muscle cardiaque. Sans donner de notion précise sur leur cause, l'auteur pense que ces altérations cardio-vasculaires et surtout l'aortite suffisent pour expliquer l'état syncopal et les arrêts subits du cœur que l'on rencontre quelquefois comme amenant la mort de paralytiques généraux.

Des causes de la mort dans la paralysie générale, par M. Janin, thèse de Paris. (Juillet 1887.)

L'auteur étudie les causes inhérentes à la maladie; les maladies intercurrentes qui peuvent amener la mort, puis les causes accidentelles. C'est là une revue de tout ce qui a été dit sur les terminaisons et les causes de la mort dans la paralysie générale.

Quelques paralysies partielles viscérales dans la paralysie générale, par M. Samson, thèse de Paris. (Juin 1887.)

A côté des paralysies des sphincters, les paralysies intes-

tinale et vésicale se présentent assez fréquemment, de même que l'on observe quelquefois l'obstruction intestinale et surtout la rétention d'urine comme complications possibles dans la paralysie générale.

C. L.

Contribution à l'étude de la descendance des Alcooliques, par L. Grenier, interne des Asiles de la Seine, thèse, Paris, 1887.

M. le Dr Grenier a mis à profit son internat à la Clinique des maladies mentales de la Faculté pour recueillir des faits nombreux sur la descendance des alcooliques. Comme l'auteur le dit lui même dans sa préface il n'a eu d'autre intention que d'appuyer, à l'aide d'une statistique sérieuse, des données cliniques connues mais controversées. Ces données cliniques, il les puise, en grande partie, dans Morel (*Dégénérescence de l'espèce humaine*), qui les a décrites le premier avec une finesse d'observation et une exactitude telles qu'on peut les regarder maintenant, pour la plupart comme de véritables *lois*.

Et, en lisant avec attention ce travail, on constate, non seulement qu'il a étudié consciencieusement son beau traité des *Dégénérescences* et ses *Etudes cliniques*, mais qu'il les suit pas à pas dans ses conclusions. En s'inspirant, dans une thèse inaugurale, d'un guide comme Morel, on ne saurait être blamé, surtout quand on apporte un contingent de 188 observations, soigneusement choisies, à l'appui de ses idées.

Car, à notre avis du moins, on ne pèche jamais par excès dans cette voie, lorsque le but que l'on se propose est d'affirmer, de rappeler les droits imprescriptibles des grands esprits qui ne sont plus : ce qui pourrait s'appeler flatterie ou vassalité s'il s'agissait des vivants, doit s'appeler amour de la justice et recherche de la vérité, s'il s'agit des morts.

Dans une première partie, M. Grenier reprend les trois degrés donnés par le médecin de Saint-Yon dans la transmission des tares héréditaires, très connus et contestés par quelques rares aliénistes seulement. Il nous montre, avec des faits nombreux à l'appui, combien l'alcoolisme doit entrer en ligne de compte, et doit ajouter aux facteurs précités un appoint considérable.

Nous aurions désiré cependant plus de développements, touchant l'influence désastreuse de l'alcool considéré comme

agent morbigène isolé chez les ascendants. Avec les sept observations très concluantes qu'il nous donne, il aurait pu puiser dans la littérature médicale française et étrangère, contemporaine et ancienne, quelques considérations pratiques, à une époque ou l'alcoolisme est devenu un véritable fléau.

Dans les autres parties de son travail il établit, à l'aide de faits nombreux et bien observés, après d'autres, du reste (1), que les descendants d'alcooliques sont souvent des héréditaires dégénérés ; ils appartiennent à ce groupe de malades dont l'état mental a été décidément fixé par la Société médico-psychologique en 1885, dans des discours auxquels ont pris part MM. Falret, Magnan, Charpentier, Garnier, etc.

Il montre surtout combien sont communs à notre époque les *épileptiques* dont le mal est dû à l'alcoolisme des parents. — Il insiste sur la facilité que les descendants d'alcooliques acquièrent à délirer.

Cette thèse se termine par un résumé statistique portant sur les 188 observations qui font le sujet de son étude.

On le voit, M. le Dr Grenier n'a pas cherché à apporter dans le débat des idées nouvelles. Il a simplement tenu à appuyer les opinions de ses devanciers par un grand nombre de faits nouveaux, qu'il a su du reste grouper assez heureusement.

Aussi sommes-nous très surpris de voir accuser de plagiat une œuvre consciencieuse et sans prétention à l'originalité ; et nous empressons-nous, ce que du reste nous regardons comme un devoir, de protester contre cette accusation en rétablissant les faits. — Nous devons même à la vérité de dire que l'article auquel nous faisons allusion ne contient que des reproches, et ne parle pas, dans sa sévérité excessive, des bonnes choses qu'on trouve dans le travail de M. Grenier.

On a accusé l'auteur de cette thèse d'avoir commis quasi volontairement des omissions graves. Et on lui a reproché de n'avoir pas mis en lumière la part considérable qui revient à M. Magnan dans la création du groupe des héréditaires dégénérés, création que l'auteur a cru devoir attribuer pour une bonne part à Morel. Ce n'est pas tout, M. Grenier

(1) Lire surtout à ce propos, le long chapitre que Morel consacre à l'alcoolisme dans son traité des *Dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, 1857, p. 113, et suiv.

aurait encore encouru le reproche de plagiat pour l'alcoolisme chronique, pour l'épilepsie absinthique, pour la paralysie générale, pour les folies intermittentes !

Je crois que si le savant et distingué médecin de l'Administration a lu l'article bibliographique incriminé, il a dû être fortsurpris de la large paternité à lui accordée par la critique en question.

Les notions cliniques générales que l'auteur nous donne à ce propos, appartiennent depuis trop longtemps au domaine public pour que M. Grenier ait cru nécessaire d'en indiquer la source, leur origine étant connue de tous.

Quant aux expressions : folie intermittente, syndrome épisodique et quelques autres qui reviennent sous sa plume, il n'a pas cru devoir en indiquer la source, pour ne pas se départir de la ligne de conduite adoptée dès le début de sa thèse. L'auteur du *Traité des dégénérescences* est le seul dont le nom soit prononcé. L'interne de la Clinique n'a pas voulu, dès lors, faire un historique, assez connu du reste, qui l'eût entraîné trop loin. Il lui aurait fallu, en effet, citer, avec Morel, Moreau de Tours, Prosper Lucas, J.-P. Falret, J. Falret, Baillarger, Ball et Régis, Magnan, Legrand du Saulle, Feré, Déjerine, etc., etc., etc., pour ne citer que les écrivains les plus connus parmi ceux qui se sont occupés des alcooliques, de leur descendance, et des alcoolisables.

N'étant pas entré dans cette voie, il ne pouvait faire d'exception sans courir les risques de sortir du cadre qu'il s'était tracé et de s'éloigner du but, purement clinique, qu'il s'était proposé.

D'autre part, une partie des observations de M. Grenier ont été prises à la Clinique, dans le service de M. le professeur Ball; il ne s'ensuit pas que, pour cela, M. le professeur de médecine mentale doive se formaliser de ne pas voir citer son nom.

Nous croyons donc que, dans le reproche adressé à notre ami M. Grenier, d'avoir plagié et *photographié* les idées d'autrui, il y a erreur d'interprétation de la part du signataire de l'article incriminé, dont le nom du reste nous a fort étonné.

Nous croyons que cette accusation est imméritée, et nous persisterons à croire, d'accord en cela avec le jury, qui a manifesté ses sentiments en lui accordant une note supérieure, que M. Grenier a fait une thèse *honnête* et consciencieuse et qui lui fait le plus grand honneur. Georges Pichon.

De l'épilepsie Jacksonienne, par le Dr E. Rolland.

L'épilepsie Jacksonienne ou épilepsie partielle n'avait pas encore de monographie, et les travaux successifs dont elle a fait l'objet, s'appliquant à un ou plusieurs points de son histoire, étaient épars. M. Rolland a heureusement comblé cette lacune. Son travail très complet et très bien conçu a du reste été couronné par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. En voici les *conclusions :*

1° *L'épilepsie Jacksonienne* n'a absolument rien de commun avec l'épilepsie, que le nom.

2° *L'épilepsie Jacksonienne* est presque toujours symptomatique d'une lésion cérébrale. Cette lésion siège, le plus souvent, dans la zone psycho-motrice de l'écorce cérébrale, ou au voisinage de la zone motrice; il est rare qu'on l'observe à la suite de lésions isolées du centre ovale; il est extrêmement rare qu'elle coïncide avec des lésions profondes de la région capsulaire ou des noyaux centraux.

3° La nature de la lésion est secondaire et n'influe en rien sur la production des symptômes; son siège est tout. *L'épilepsie Jacksonienne* est un syndrome clinique qui se présente toujours avec des phénomènes constants, identiques et assez caractérisés pour constituer une affection à part ; c'est donc à tort que l'on a décrit l'épilepsie Jacksonienne syphilitique, traumatique, etc.

4° Le début des convulsions épileptiformes permet de diagnostiquer à peu près sûrement le siège de la lésion, sinon la nature de cette lésion. Les lésions *irritatives* ou *convulsivantes* produisent des effets toujours plus ou moins variables, mobiles et intermittents : en particulier des *paralysies transitoires* post-épileptoïdes; ces paralysies ne sont que d'une utilité secondaire au point de vue du diagnostic; leur existence prouve seulement que la lésion siège à la partie superficielle de la zone motrice ou au voisinage de la zone motrice. Les lésions *destructives* ou *paralysantes* produisent au contraire des effets certains, constants et permanents, qui ont un rapport direct avec la distribution des symptômes paralytiques qu'elles provoquent.

5° Les lésions capables de déterminer *l'épilepsie Jacksonienne* ne siègent donc pas nécessairement au niveau des centres moteurs correspondant aux muscles exclusivement ou primi-

tivement convulsés. L'on peut cependant établir, en thèse générale, que les convulsions épileptiformes débutant par les muscles des membres, sont produites, en général, par des lésions situées au niveau des deux tiers supérieurs de la zone motrice, ou dans leur voisinage ; les convulsions débutant par les muscles de la face sont ordinairement le résultat de lésions occupant le tiers inférieur de la zone motrice ou les parties avoisinant cette extrémité inférieure. La coexistence ou l'absence de troubles paralytiques permanents indique si la lésion siège ou non dans l'aire des circonvolutions motrices.

6° Le traitement de l'*épilepsie Jacksonienne*, comme celui de l'épilepsie, est le plus souvent inefficace. Il n'y a d'exception que pour l'épilepsie Jacksonienne d'origine syphilitique, qui guérit sous l'influence d'un traitement spécifique, et pour l'épilepsie Jacksonienne traumatique. Cependant, lorsque le début des convulsions sera absolument bien déterminé, le traitement chirurgical par la trépanation, institué par M. V. Horsley, pourra rendre les plus grands services.

7° Les *réflexes* sont presque toujours exagérés dans les membres atteints; ce fait constaté par la plupart des observateurs n'a pas encore pu être expliqué par l'anatomie pathologique.
Ch. V.

De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés. — Contribution à l'étude des dégénérescences dans l'espèce humaine, par le Dr Alice Sollier née Mathieu-Dubois.

On sait que les anomalies de la bouche et des dents sont fréquentes chez les idiots, mais cette fréquence absolue ou relative n'était pas établie d'une façon rigoureuse; c'est cette lacune que Madame Sollier a essayé de combler. Sa thèse très consciencieuse est basée sur des observations au nombre de cent recueillies à l'hospice de Bicêtre; trente-deux gravures intercalées dans le texte augmentent encore l'intérêt de ce travail. En voici les conclusions :

1° L'idiotie, avec ou sans épilepsie, prédispose aux arrêts de développement, aux anomalies et aux lésions de l'appareil dentaire, dans une proportion considérable (91 0/0) ;

2° L'idiotie congénitale ne paraît pas avoir plus d'influence à cet égard que celle acquise pendant la première dentition ;

3° Les anomalies et les lésions portent presque exclusivement sur la deuxième dentition ;

4° La précocité de la première dentition est loin d'être un fait rare, surtout chez les idiots, où nous l'avons rencontré huit fois sur 60 cas ;

5° Le retard de la première dentition s'observe aussi fréquemment chez les idiots avec que sans épilepsie. Elle se présente dans le quart des cas ;

6° La chute précoce de la première dentition est extrêmement rare (1 0/0) ;

7° La chute tardive de la première dentition est relativement peu rare (11 0/0) ;

8° Le retard de la deuxième dentition est très fréquent ; il l'est plus chez les idiots (26 sur 60) que chez les épileptiques (10 sur 40), soit au total (36 0/0) ;

9° Le nanisme est commun (14 0/0), ainsi que le géantisme (11 0/0) ;

10° Les formes anormales, autres que le nanisme et le géantisme, s'observent dans plus de la moitié des cas (53 0/0) ;

11° L'absence de dents, en dehors du retard de la deuxième dentition, est relativement commune (11 0/0) ;

12° Le géantisme coïncide souvent avec l'absence de dents, et n'en est quelquefois que le résultat, par suite de la soudure de deux dents voisines ;

13° Les dents supplémentaires sont extrêmement rares (2 0/0) ;

14° Les anomalies d'implantation sont très fréquentes (34 0/0) ; mais les anomalies de siège sont assez rares, et, dans la majorité des cas, sont peu marquées ;

15° Les anomalies de direction sont les plus fréquentes de toutes (80 0/0), et portent principalement sur les incisives et les canines ;

16° Les convulsions s'accompagnent souvent d'érosions, mais non toujours ;

17° Les érosions sont plus fréquentes sans convulsions qu'avec convulsions ;

18° L'idiotie avec ou sans épilepsie peut, par elle seule, entraîner les érosions ;

19° Il existe des sillons longitudinaux qui sont extrêmement fréquents (41 0/0), et plus fréquemment encore des crénelures (58 0/0);

20° Les sillons et les crénelures, et surtout ces dernières, coïncident bien plus souvent que les érosions, avec les convulsions ;

21° La carie et le tartre sont des lésions banales, n'ayant qu'une relation indirecte avec l'idiotie et l'épilepsie ;

22° L'articulation est très fréquemment défectueuse (43 0/0) ;

23° Les arcades présentent fréquemment aussi (38 0/0) des anomalies; il en existe encore une non encore signalée, consistant dans une inégalité de niveau des deux branches homologues, et portant le plus souvent sur la mâchoire supérieure ;

24° La voûte palatine est défectueuse dans 45 0/0 des cas;

25° L'idiotie, même complète, peut n'entraîner aucune lésion.

Ch. V.

La contagion du meurtre. — Étude d'anthropologie criminelle, par le Dr Paul Aubry.

Ce travail est une intéressante contribution à l'étude de la psychologie morbide. Il se divise en trois parties.

Dans la première, l'auteur étudie la contagion du meurtre dans ses modes généraux; il recherche quels en sont les grands facteurs : la famille, la prison, les spectacles des exécutions, la lecture.

Dans la seconde partie, il étudie la contagion du meurtre dans quelques-uns de ses modes spéciaux : le vitriol, le revolver, les empoisonnements, le dépeçage.

Enfin dans la troisième partie, il examine les épidémies et les endémies.

L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

L'idée du meurtre est essentiellement contagieuse.

Pour se manifester, deux facteurs lui sont nécessaires :

1° L'hérédité ou la dégénérescence;

2° L'éducation. Et sous cette dénomination nous entendons l'action des exemples : le récit d'un crime, reproduit avec détails par la presse, amène presque toujours une série de cri-

mes dont les moyens d'exécution sont, pour ainsi dire, calqués sur le crime type. — Les actes de cruauté auxquels on assiste pendant les grands bouleversements politiques et sociaux, reconnaissent presque toujours l'entraînement des masses par quelques esprits exaltés. Il y a une véritable contagion imitative.

La prophylaxie du meurtre repose :

1° Sur une saine hygiène morale, individuelle ;

2° Sur la moralisation des mœurs ;

3° Sur la réglementation des comptes rendus des crimes par la presse ;

4° Sur une sévérité plus logique des tribunaux.

Ch. V.

Les frontières de la folie, par le Dr A. Cullerre, 1 volume in-16 de 360 pages. Librairie de J.-B. Baillière et fils. (*Bibliothèque scientifique contemporaine.*)

Où finit la raison ? où commence la folie ? La solution de ce problème a depuis longtemps exercé la sagacité des psychologues. Vouloir établir une limite nette, précise, est chose absolument impossible. La boutade de ce magistrat : « Avec du bon sens, on peut juger si un homme est sain d'esprit ou ne l'est pas », est complètement erronée. Il y a des cas, et ils sont plus nombreux qu'on ne le pense, où toute distinction, même pour des gens habitués depuis de longues années à l'examen des maladies de l'esprit, présente les plus grandes difficultés. Le premier des auteurs qui a fait de ce genre d'aliénations une étude spéciale est Moreau de Tours, qui sous le nom d'*état mixte* étudia ces modifications particulières de l'intelligence qui apparaissent comme un mélange de folie et de raison, résultante des conditions psychologiques propres à ces deux modes d'être des fonctions intellectuelles. Depuis, cet état a été admis sans conteste, et récemment le Dr Ball faisait devant un nombreux auditoire une leçon magistrale sur les frontières de la folie (1). Avec le talent d'exposition qui s'attache à ses œuvres, notre savant confrère, le docteur Cullerre, vient de reprendre ce même sujet, et en fait un ouvrage des plus intéressants. Dans un volume de 360 pages, il a étudié et analysé, avec les plus savants aliénistes, les innombrables désordres de l'esprit et de la sensibilité morale qui procèdent de l'aliénation mentale ou qui y condui-

(1) L'*Encéphale*, janvier 1883.

sent. Avec une grande clarté, il a exposé les principes sur lesquels s'appuie la science pour en faire le diagnostic et leur assigner leur véritable place dans la pathologie mentale, et montrer par quel fil conducteur elle se dirige dans ce dédale d'étrangetés et de bizarreries qui paraissent au premier abord si peu susceptibles d'une explication rationnelle. Pour rendre la lecture de ce livre abordable à tous, M. Cullerre a réduit à l'indispensable la partie doctrinale, insistant surtout sur la partie descriptive et démonstrative. Enfin, pour donner un spécimen des applications dont sont susceptibles les connaissances exposées dans cet ouvrage, M. Cullerre a terminé par quelques considérations sur les rapports de la folie avec la loi et la civilisation.

Ce travail, véritablement délicat et difficile à présenter dans une forme concise et à la portée de tout le monde, a été mené à bonne fin, et on ne peut que se féliciter du résultat obtenu. M. Cullerre nous avait déjà habitués, par ses travaux antérieurs, à une heureuse vulgarisation des problèmes les plus intéressants de la psychologie morbide, et nous ne pouvons que souhaiter le voir persister dans une voie si brillamment parcourue. Dr P. Moreau de Tours.

La folie chez les enfants, par le Dr Paul Moreau (de Tours), 1 volume in-16 de 444 pages. J.-B. Baillière et fils. (*Bibliothèque scientifique contemporaine.*) 3 fr. 50.

Dans une première partie, l'auteur étudie les causes morales et physiques, soit générales, soit particulières, de la folie *chez les enfants*. Dans la deuxième partie, il expose les formes de cette folie : les unes sont purement psychiques. La troisième partie est consacrée au diagnostic, aux conséquences médico-légales et aux soins et mesures de protection.

La folie érotique, par B. Ball, professeur de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux, 1 vol. in-16. Librairie J.-B. Baillière et fils. (*Petite bibliothèque médicale.*) 2 fr.

Depuis quelques années, le nombre toujours croissant des attentats à la pudeur a attiré l'attention sur une certaine classe d'individus qui s'en rendaient coupables. Plusieurs médecins aliénistes, parmi lesquels Moreau de Tours et Magnan, ont étudié spécialement les auteurs de ces crimes, au

point de vue psychique. Ils ont démontré, que l'on avait affaire le plus souvent à de véritables aliénés, toujours à des héréditaires et à des dégénérés. Reprenant à nouveau cette intéressante question, le Dr Ball a, dans une série de leçons professées à l'asile clinique de Sainte-Anne et publiées dans l'*Encéphale* traité ce sujet avec le grand talent d'exposition et la profonde observation qui le caractérisent. Le savant professeur passe successivement en revue les différentes formes de folie érotique.

On lira avec le plus grand intérêt ce travail remarquable à tant de points de vue, qui vient prouver péremptoirement le caractère véritablement morbide de ces individus que nous désignons sous le nom de *fous génésiaques*.

Dr Paul Moreau de Tours.

Le monde des rêves, le rêve, l'hallucination, le somnambulisme et l'hypnotisme, l'illusion, les paradis artificiels, le ragle, le cerveau et le rêve, 2e édition, par le Dr P. Max Simon, médecin de l'asile des aliénés de Bron. 1 vol. in-16 de 325 pages. (*Bibliothèque scientifique contemporaine.*) 3 fr. 50.

M. Max Simon a étudié non seulement le rêve, mais l'hallucination, l'illusion, le somnambulisme, l'hypnotisme, les paradis artificiels produits par l'ingestion de différentes substances (opium, haschisch), et le ragle, ou hallucination du désert. Son but est, en effet, de montrer que les phénomènes qui constituent le souvenir, l'imagination, le rêve et l'hallucination sont de même ordre, qu'ils se produisent par le même mécanisme, et qu'il n'y a entre eux qu'une différence de degré. Il essaie de montrer l'identité de ces phénomènes et d'établir quelques-unes des lois qui président à leur production. Leur nature lui paraît consister en des modes de mouvements.

Les descriptions de ces divers phénomènes sont claires et bien faites, et le grand nombre d'exemples cités et racontés dans ce livre en rend la lecture agréable et facile.

Le dernier chapitre, intitulé le cerveau et le rêve, est en quelque sorte le résumé, la conclusion de tout l'ouvrage. M. Max Simon y montre l'extrême importance des cellules nerveuses, il considère la substance grise corticale comme le lieu de condensation, d'emmagasinement des images que les sens recueillent à chaque instant dans le monde extérieur. Des images autrefois perçues, demeurées latentes en quelque

sorte, pendant un temps plus ou moins long, peuvent apparaître à nouveau, soit dans le phénomène du souvenir, soit dans le rêve ou l'hallucination, lorsque la cellule nerveuse corticale, qui a été mise par une impression reçue dans un certain état d'activité, revient à cet état sous l'influence d'une nouvelle excitation. « Cette excitation pourra avoir lieu par fait de la volonté, elle pourra venir d'un point quelconque du cerveau, de la périphérie même, ou encore des profondeurs de l'organisme ; quel que soit le mode d'excitation, une cellule ayant vibré d'une certaine façon, c'est ce mouvement même qui se reproduira quand cette cellule sera de nouveau mise en action. » L'hypothèse est ingénieuse et peut être provisoirement acceptée.

A. Ch.

Variations de la personnalité, par les docteurs H. Bourru et P. Burot, professeurs à l'Ecole de médecine de Rochefort, 1 vol. in-16 de 316 pages avec 15 photogr. Librairie J.-B. Baillière et fils. (*Bibliothèque scientifique contemporaine.*) 3 fr. 50.

Les faits racontés par MM. Bourru et Burot sont tellement surprenants que les auteurs eux-mêmes ont pu douter au premier abord de leur réalité. Mais les expériences de contrôle qu'ils ont instituées ont confirmé ce qu'ils avaient vu. L'hypnotisme leur a permis d'étudier les troubles de la personnalité, en provoquant des hallucinations comparables, à certains points de vue, aux rêves qui viennent parfois assaillir l'homme bien portant, mais plus souvent encore le malade, et lui faire prendre la fiction pour la réalité. C'est un livre essentiellement personnel sur une question pleine d'actualité.

Petit atlas photographique du système nerveux. Le cerveau, par J. Luys, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-18 jésus, avec 24 héliogravures renfermées dans un carton. 12 fr.

Ce petit atlas photographique, qui reproduit en partie les grandes planches de son *Iconographie des centres nerveux* est destiné à fournir, sous un petit format, des représentations aussi exactes que possible, sans aucune retouche, des diverses régions du cerveau, soit dans le sens vertical, soit dans le sens horizontal ou antéro-postérieur. Il est rendu pratique, en ce que chaque planche est détachée, et qu'elle

est munie d'un texte explicatif, ce qui permet à l'étudiant, à l'amphithéâtre, aussi bien qu'au médecin, à la salle d'autopsie de l'hôpital, d'avoir un guide portatif, qui le renseigne immédiatement sur la topographie des différentes régions cérébrales qui se présentent à ses yeux, à mesure qu'il pratique des coupes.

Un texte explicatif, qui synthétise les détails isolés, permet d'avoir une vue d'ensemble sur le groupement des appareils cérébraux et leurs rapports intimes.

Le cerveau et l'activité cérébrale au point de vue psycho-physiologique, par Alexandre Herzen, professeur à l'Académie de Lausanne. 1 vol. in-16. Librairie J.-B. Baillière et fils. (*Bibliothèque scientifique contemporaine.*) 3 fr. 50.

La psycho-physiologie devient la science à la mode, il ne faut plus en douter : l'application des méthodes scientifiques à l'étude des phénomènes si complexes de la vie mentale recrute tous les jours de nouveaux travailleurs. Ce sont les philosophes qui ont commencé : ce sont les physiologistes qui continuent aujourd'hui. Dire que tous ces documents, toutes ces controverses rencontrent beaucoup de faveur auprès de la plupart des savants, ce serait sans doute exagéré ; jusqu'ici même il semblait de bon goût d'abandonner le domaine des fonctions psychiques aux psychologues de profession, aux rhéteurs et aux littérateurs. Mais tout change en ce monde : après avoir haussé les épaules, les habitués du laboratoire se décident maintenant à prendre une part active à la discussion. Voici un physiologiste distingué de la grande école expérimentale, M. Herzen, qui entre à son tour dans la mêlée et qui vient disputer le prix aux successeurs de Platon.

C'est que M. Herzen veut combattre avec des armes nouvelles. Il a retrouvé, dans les anciennes expériences de Schiff, de quoi triompher de ses adversaires. Vous prétendez que les opérations mentales n'ont aucune relation matérielle ; eh bien ! ces actes psychiques ont, au contraire, une durée appréciable et éminemment variable. Or, tout processus qui demande un certain temps ne pouvant être autre chose qu'un mouvement, l'activité psychique doit être, elle aussi, un mouvement. Vous allez comprendre ainsi la mécanisme de la conscience et de la pensée : l'activité du cerveau, comme la contraction du muscle, est réductible à une modification physico-chimique dont la valeur peut être déterminée. La cons-

cience n'apparaît jamais qu'au moment de l'activité fonctionnelle des éléments nerveux : elle est liée à la phase désintégrative des actes nerveux centraux. Voilà la loi physique que l'expérience permet d'établir : il y a un équivalent mécanique pour le travail du cerveau comme pour celui de n'importe quel organe.

Il est, au reste, très intéressant à lire, le récit des expériences sur lesquelles M. Herzen établit son opinion. La partie du livre qui est plus spécialement consacrée à la psychologie n'est pas de notre compétence : je ne sais quel jugement les philosophes pourront porter sur elle. Mais, à côté des pages qui sont exclusivement remplies par l'étude du libre arbitre, de la personnalité, etc., il y en a d'autres qui sont de bonne physiologie et qui font honneur à M. Herzen ; leur lecture aura le grand avantage de montrer aux psychologues combien sont délicats, même pour les initiés, les problèmes qu'ils ont l'habitude de résoudre avec tant de facilité.

Etude médico-légale sur l'alcolisme — Des conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcoolisés, par V. Vétault. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888, 1 vol. in-8. 4 fr.

Cette thèse, faite sous la savante direction de M. Motet, est une monographie complète et fort intéressante de l'alcoolisme envisagé au point de vue médico-légal.

En voici les conclusions :

La responsabilité est nulle toutes les fois que le crime appartient à la période *délirante* aiguë ou subaiguë d'un accès d'alcoolisme.

La responsabilité est nulle encore lorsque le crime a été commis par un homme atteint d'alcoolisme chronique, chez lequel des lésions cérébrales définitives ont compromis l'intégrité de l'organe et déterminé le trouble de la fonction.

La responsabilité peut être atténuée chez les individus faibles d'intelligence, chez lesquels la tolérance pour les boissons alcooliques est diminuée par les conditions d'infériorité de leur organisation cérébrale. Elle ne saurait disparaître tout entière, surtout lorsque ces individus savent qu'ils ne peuvent pas boire sans danger pour eux-mêmes. Et ce cas se rencontre plus fréquemment qu'on ne le pense.

La responsabilité peut être atténuée encore lorsqu'il est démontré que l'individu a été involontairement surpris par l'ivresse.

Elle existe tout entière :

Dans les cas d'ivresse simple qu'il était au pouvoir du délinquant d'éviter;

Lorsque l'excitation alcoolique a été recherchée pour se donner l'entraînement à commettre un crime ou un délit.

Il s'en faut de beaucoup que les choses se présentent assez simplement dans la pratique de la médecine légale, pour que ces règles formulées d'une manière absolue trouvent une application immédiate. Ce n'est que par l'étude sévère de chaque cas particulier qu'on peut arriver à formuler les conclusions demandées. Il faut, au médecin expert, une connaissance profonde de ces états si complexes, si divers, il lui faut encore la prudence, la réserve, qui lui permettent d'éclairer la justice sans compromettre les intérêts de l'inculpé.

Ch. V.

NOUVELLES

Nominations et promotions. — *Décret du 14 avril 1888 :* Il est institué, auprès du ministère de l'intérieur, un Conseil supérieur de l'assistance publique, chargé de l'étude et de l'examen de toutes les questions qui lui sont renvoyées par le ministre et qui intéressent l'organisation, le fonctionnement et le développement des différents modes et services d'assistance. Le Conseil supérieur comprend des membres de droit, désignés à raison de leurs fonctions et des membres nommés par décret.

M. le Dr Drouineau, de la Rochelle, est nommée inspecteur général des établissements de bienfaisance, en remplacement de M. le Dr Foville, décédé.

Arrêté du 5 janvier 1888 : M. le Dr Boudrie, directeur médecin en chef de l'asile de Bassens (Savoie), et M. Denizet, directeur de l'asile de Cadillac, sont promus à la troisième classe de leur grade (5.000 francs), pour prendre rang à partir du 1er mars.

MM. les docteurs Guillemin, médecin adjoint à l'asile de Dôle, et Paris, médecin adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne, sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4.000 francs), pour prendre rang à partir du 1er février.

Arrêté du 1er mars 1888 : Les fonctions de directeur et de médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord) sont réunies.

Il est créé à cet asile un second poste de médecin adjoint,

Arrêté du 16 mars 1888 : M. le Dr Cortyl, directeur de l'asile d'aliénés de Bailleul, est nommé directeur médecin en chef du même asile et maintenu dans la classe exceptionnelle (8.000 francs).

M. le Dr Malfilatre, ancien interne des asiles publics d'aliénés de la Seine, est nommé médecin adjoint de l'asile de Bailleul (poste créé) et placé dans la 2e classe de son grade (2.500 francs).

Arrêté du 9 mars 1888 : M. le Dr Nicoulau, interne de l'asile public d'aliénés de Bordeaux, est nommé médecin adjoint de l'asile d'aliénées de Saint-Yon (Seine-Inférieure), en remplacement de M. Martinenq, précédemment promu médecin en chef, et est placé dans la 2e classe de son grade (2.500 francs).

Arrêté du 29 mars 1888 : Sont promus pour prendre rang à partir du 1er janvier 1888 :

A la 1re classe de son grade (7.000 francs), M. le Dr Taulle, directeur de l'asile Sainte-Anne.

A la 2e classe de son grade (6.000 francs), M. le Dr Briand, médecin en chef de l'asile de Villejuif.

Est promu, pour prendre rang à partir du 1er mars, à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 francs), M. le Dr Chambard, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard.

Arrêté du 15 avril 1888 : M. le Dr Ramadier, médecin adjoint de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), est nommé médecin adjoint de l'asile de Vaucluse, en remplacement du Dr Rey, précédemment promu médecin en chef, et maintenu dans la 1re classe de son grade (3.000 francs).

Concours pour le clinicat des maladies mentales. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique des mala-

dies mentales s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 9 juillet 1888, à 9 heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1888. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours.

Arrêté du 17 mai : M. le Dr H. Dagonet, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— M. le Dr Dubuisson, médecin adjoint à l'asile Saint-Anne, est nommé médecin en chef en remplacement de M. H. Dagonet.

— M. le Dr Jules Dagonet est nommé médecin adjoint à l'asile Saint-Anne en remplacement de M. Dubuisson.

Prix décernés par la société médico-psychologique. — Année 1888. — *Prix Esquirol* (200 fr.). Ce prix a été décerné à M. Armand, interne à l'asile de Villejuif, pour un mémoire ayant pour titre : *Considérations cliniques et statistiques sur la paralysie générale chez l'homme.*

Prix Moreau de Tours (200 fr.). La société a accordé ce prix à M. Babel pour sa thèse sur l'*État de la mémoire dans les vésanies.*

Prix Aubanel. — Question : Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme ?

Le prix n'a pas été décerné, mais la Société a accordé des récompenses : 1° 1200 fr. à M. Sollier, interne à l'hospice de Bicêtre ; 2° 800 fr. à M. Legrain, médecin adjoint des asiles d'aliénés de la Seine.

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer.

L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

CHRONIQUE

Un accident regrettable vient de se produire à l'asile ainte-Anne. Un agité des plus dangereux est mort subi-ment après une lutte prolongée avec les gardiens, et une rtaine presse s'est immédiatement emparé de ce fait ur le dénaturer avec la malveillance qui lui est habi-elle.

Il importe de rétablir les faits : un masseur du hammam, puis longtemps alcoolique, était atteint de paralysie érale avec excitation maniaque. Le médecin, qui le gnait habituellement, avait conseillé de le faire entrer r la voie d'un placement volontaire à la Clinique des ladies mentales ; mais la famille, ayant hésité à prendre e mesure indispensable, la violence toujours croissante malade nécessita son arrestation. Il fut transféré d'of-au dépôt de la préfecture et de là au bureau d'admis-; après y avoir séjourné quelques jours, après avoir é une demi-douzaine de gardiens, cet homme fut sféré dans le service de M. le docteur Dubuisson.

a violence excessive de ce malade extrêmement vigou-

reux rendait presque impossible les soins médicaux et la surveillance indispensable en pareil cas. Peu de jours après son arrivée, il se précipite sur le préau des cellules en passant par la fenêtre et se fait une plaie profonde à la face.

Un érysipèle traumatique ne tarda point à se déclarer. M. le docteur Picqué, chirurgien des hôpitaux, est appelé en consultation par M. le docteur Dubuisson. A peine le malade l'a-t-il aperçu qu'il se jette sur lui et l'intervention des gardiens fut nécessaire pour empêcher le chirurgien d'être mis en pièces. M. le docteur Picqué se contenta de prescrire un pansement antiseptique, qui devait être renouvelé deux fois par jour. Ce traitement fut appliqué, non sans peine pendant les deux premiers jours; le matin du troisième, M. le docteur Dubuisson, à sa visite, laissa des ordres formels pour que le pansement fut renouvelé le soir.

C'est en exécutant cette consigne que les gardiens ont eu le malheur de provoquer l'accident autour duquel une si grande clameur s'est élevée. On veut pousser le malade; il résiste avec une violence qui dépasse toutes les bornes. Plusieurs gardiens essaient de le contenir, après une lutte prolongée, pendant laquelle il crachait constamment à la figure de ceux qui l'entouraient. On lui couvre la tête avec le tablier d'un des gardiens et l'on essaie de lui mettre la camisole pour pouvoir opérer le pansement commandé, c'est à ce moment que le malade expire. La responsabilité de cet accident paraît incomber plus directement au maître de quartier Aimette, qui maintenait le malade à ce dernier moment. Mais en attendant les résultats de l'autopsie judiciaire qui doit avoir lieu, nous ferons observer : 1° Que le malade n'a point succombé à l'emploi de la camisole de force, puisqu'il a été impossible de lui appliquer ce moyen de contrainte. 2° Que les gardiens, en essayant de le panser par force, n'ont fait qu'exécuter, avec trop de rigueur peut-être, un service commandé dans un but médical. 3° Que les sujets épuisés par une lutte violente et prolongée dans laquelle ils ont dépensé une somme prodigieuse de force musculaire sont exposés à mourir presque subitement, soit par congestion

pulmonaire, soit par épuisement nerveux. Ces accidents sont encore plus à craindre chez un sujet alcoolique et cérébral.

Il est certain qu'on ne doit jamais couvrir la tête d'un agité, même avec un tablier, parce que, en voilant la physionomie, on se met dans l'impossibilité d'en surveiller les modifications, qui ont une importance tellement significative. Mais si les gardiens ont commis une maladresse, il n'en est pas moins évident qu'ils agissaient dans un but thérapeutique et qu'ils s'efforçaient de suivre, maladroitement peut-être, la consigne qu'ils avaient reçue.

Quand au chef de quartier Aimette plus spécialement inculpé dans cette affaire, c'est un serviteur modèle dont l'excellente conduite lui a valu les meilleures notes dans l'administration. Il y a quelques années, pour sauver la vie d'un aliéné, il a accompli un acte d'héroïsme qui mérite d'être rapporté. Un agité venait de se précipiter la tête la première dans la cage d'un escalier, Aimette aperçoit le mouvement et franchissant dix-sept marches d'un seul bond, il arrive juste à temps pour recevoir l'homme dans ses bras et pour amortir sa chute, qui sans cela aurait été sans aucun doute mortelle. Il a reçu pour cet acte une médaille de sauvetage, il ne nous paraît pas sans intérêt de rappeler cet épisode, puisqu'il s'agit d'un homme qu'on voudrait accuser d'avoir causé par sa brutalité la mort d'un fou.

Pour ceux qui connaissent la vérité, il n'est point d'existence plus déplorable que celle des gardiens des aliénés qui pour un misérable salaire sont exposés chaque jour à recevoir les blessures les plus graves ou à tomber sous le coup d'une accusation d'homicide. Il nous sera permis d'observer en terminant que lorsqu'un homme d'une grande force musculaire comme Aimette est engagé dans une lutte avec un aliéné aussi fort que lui, il est bien difficile de mesurer exactement l'effort qu'il faut déployer, et de s'arrêter juste au point où le danger commence. Telle est précisément la raison pour laquelle nous préférons l'emploi des moyens contentifs à celui de la force individuelle des gardiens, quelque nombreux qu'ils soient et quelque soit le degré de

leur éducation hospitalière. Les partisans de la non-contrainte tireront de cet incident des conclusions diamétralement opposées aux nôtres, ce qui prouve que les idées préconçues triomphent toujours des déductions les plus évidentes du bon sens pratique.

Mais il est vraiment difficile de savoir où nous allons en présence de l'intolérance toujours croissante de l'opinion publique à l'égard de ceux qui sont chargés de la mission si pénible et si difficile de soigner, de surveiller et de contenir les aliénés. Il faut bien admettre qu'il existe des fous dangereux et que ces malades sont quelquefois atteints d'accès de fureur, qui rendent la contrainte absolument nécessaire. Faut-il leur laisser la liberté absolue de massacrer leurs voisins, de refuser tout traitement et de se mutiler eux-mêmes? Telle est la conclusion à laquelle conduit le mouvement actuel de l'opinion publique et ce mouvement est soutenu plus spécialement par ceux qui prendraient la fuite à la vue d'un aliéné, mais qui chargent de leur malédiction les hommes courageux, qui entrent dans la lutte corps à corps et s'exposent aux coups les plus dangereux, nous n'espérons guère remonter le courant qui nous entraîne, mais nous croyons qu'il est de notre devoir de rendre hommage à la vérité.

Ch. Lefèvre.

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

D'ORIGINE TRAUMATIQUE

Par B. BALL

Leçon recueillie par Ch. Lefèvre et revue par le Professeur.

Messieurs,

Depuis longtemps nous vous avons exposé les points rincipaux qui se rattachent non seulement à l'histoire de paralysie générale envisagée dans son vaste ensemble, ais encore aux origines de cette affection. Nous avons tudié la part que paraissent y prendre les abus et les ices de notre société ; nous avons discuté l'influence de lcoolisme, des excès vénériens, des soucis, des travaux, e l'angoisse qui sont tous les jours le partage des homes vivant dans un milieu surchauffé. Nous avons discuté rôle de l'hérédité, ainsi que celui des maladies, généles ou locales, aiguës ou chroniques. Il me reste aujourhui à vous parler de l'influence des causes traumatiques nues depuis longtemps, mais dont les hasards de la inique nous fournissent aujourd'hui trois exemples des s remarquables. Nous commençons suivant notre habide cette conférence en vous apportant l'histoire des mades.

Le premier ne nous présente qu'un exemple assez vulire de ce genre d'accidents. Il s'agit d'un employé des

postes, âgé de 38 ans, jouissant d'une excellente santé, et doué d'une assez belle intelligence, puisqu'il occupait dans son administration un emploi supérieur et largement rétribué.

Le 28 février 1887, il se trouvait de service dans un wagon-poste. Près de Limoges, une rencontre violente (coup de tampon) projette cet homme contre les parois de la voiture. Il est blessé à la partie supérieure de la tête, il perd connaissance pendant une dizaine de minutes, et se relève avec une plaie occipitale de quatre centimètres de longueur sur quatre centimètres de largeur, sans enfoncement, ni fracture, nous dit-on. Ce dernier point est douteux, car le malade porte une cicatrice au niveau de l'accident, qui semblerait présenter une légère dépression, mais il nous serait impossible de nous prononcer en connaissance de cause sur cette question. Quoiqu'il en soit, à partir de ce jour, le travail devint presque impossible. Un repos de deux mois et demi fut d'abord nécessaire. Le malade éprouvait des maux de têtes, de l'insomnie, des bourdonnements d'oreilles et même une surdité presque complète.

Rétabli en apparence, mais non en réalité, il voulut reprendre ses travaux. Mais bientôt il fut pris d'une crise d'agitation délirante, qui dura plus de deux heures. Six semaines de vacances lui permirent de reprendre son travail au mois de juin, mais depuis cette époque, il n'a jamais pu travailler plus de huit jours. A chaque instant il devait prendre de nouveaux congés. Il était irritable et méchant, tenait des propos obscènes, et donnait d'autres signes d'un dérangement d'esprit, qui devait bientôt se manifester avec plus de violence. Au mois de mars 1888, il assistait à l'enterrement d'un de ses amis. Il voulut prononcer un discours sur la tombe, et ce discours fut un véritable scandale. Ses propos incohérents et insensés dé-

montraient jusqu'à l'évidence une véritable folie. Depuis ce moment, il n'a pas recouvré la raison. Il était en proie à des impulsions délirantes, il quittait la maison, et revenait quelques jours après ayant dépensé tout son argent, signé des traites, et commis des actes délictueux. Il s'est livré à des voies de fait envers sa femme, et a tenté une fois de l'étrangler. Conduit à la maison de santé du docteur Monribot, à Épinay-sur-Seine, il y fit un séjour d'environ deux mois, pendant lesquels il manifesta du délire des grandeurs. Il était Président de la République, possédait des millions; en même temps, il avait quelques légers accros dans la parole, et une incohérence absolue dans les discours. La mémoire était notablement affaiblie. A cette mégalomanie a succédé un état de prostration, puis monomanie religieuse. Le malade passait des heures agenouillé dans un coin de la pièce où il se trouvait et ne cessait de proférer des prières, les mains jointes, le visage tourné vers le ciel.

Entré à la Clinique le 10 mai, les mêmes idées délirantes ont persisté, mobiles et confuses. A cette époque, plus de trace de mémoire, affaiblissement des facultés intellectuelles.

Au point de vue physique, il est dans un état d'agitation continuelle; il marmotte sans cesse des paroles à peine intelligible et sans aucune suite; l'embarras de la parole a augmenté ainsi que la surdité. A tous ces symptômes se joignent un état de gâtisme et d'affaiblissement général.

Le fait le plus intéressant, qui ressort de cette observation, c'est que chez un homme, dont les antécédents héréditaires et personnels paraissent avoir été irréprochables, la paralysie générale s'est développée à la suite d'un traumatisme crânien.

Certes, les faits de ce genre ne sont pas exceptionnels, et nous pourrions en citer un grand nombre en faisant appel seulement à nos souvenirs personnels. Mais, enfin, nous sommes en présence d'un cas absolument classique, où les accidents ont évolué, d'après la règle habituelle, et où les troubles cérébraux ont suivi immédiatement le choc traumatique.

Notons, en passant, la gravité exceptionnelle des accidents de chemins de fer, dont les conséquences dépassent souvent en gravité tout ce que l'on pouvait supposer au premier abord. Cet homme a reçu, de la compagnie, une indemnité de 1,000 francs pour une blessure qui, à première vue, paraissait assez légère; il n'en est pas moins vrai qu'il a perdu son emploi, son intelligence, et qu'il perdra plus tard la vie. Certes, devant un tribunal, ses héritiers seraient bien fondés à réclamer un supplément d'indemnité. Enfin, nous remarquerons que la surdité paraît avoir été considérablement aggravée par cet accident. Nous sommes cependant loin du siège des centres auditifs tels qu'ils ont été conçus par les auteurs qui se sont occupés des localisations cérébrales. Il est vrai qu'à l'intérieur, des lésions graves de l'appareil auditif interne ont pu se produire, et qu'on ne peut tirer aucune conclusion positive des phénomènes observés.

Le second malade nous présente un exemple de paralysie générale, occasionnée par une cause moins banale. Il s'agit d'un homme frappé d'un coup de foudre et qui a vu la maladie se développer à la suite de cet accident.

Un homme de 52 ans, mécanicien, travaillait dans son atelier auprès d'une fenêtre ouverte, le 6 août 1887. Ce jour a été marqué par un des orages les plus violents qui aient jamais éclaté sur Paris. La foudre tombe sur la maison, et un globe de feu pénètre par la fenêtre ouverte

dans la pièce où travaille notre malade. Il se voit envelopper et, saisi de terreur, il donne, dit-il, « un coup de poing dans l'éclair » et le repousse au dehors, non sans éprouver une violente secousse.

Il faut se rappeler que pendant les orages, la décharge électrique se présente quelquefois sous forme d'un globe lumineux, qui revêt quelques-uns des attributs d'un corps solide, qui roule sur un plan incliné, qui rebondit sur une surface plane, qui tourne autour des obstacles et peut éclater en produisant des accidents divers; mais qui peut aussi se laisser repousser au dehors et s'en aller au loin.

Ce phénomène, dont la nature est encore imparfaitement connue, est désigné, par les physiciens, sous le nom d'électricité globuleuse. C'est probablement à un fait de ce genre qu'on avait affaire ici. Quoiqu'il en soit, notre homme reçoit une violente décharge, et à l'instant même, il perd connaissance. Un quart d'heure après il se réveille, et aussitôt éclate un accès de manie aiguë. Il est saisi d'une terreur folle, criant, gesticulant et brisant tout ce qu'il rencontre. Appelé auprès de lui, je le fis immédiatement transporter, dans un fiacre, à l'hôpital Laënnec. Le trajet fut difficile. Il fallut de grands efforts pour le maintenir, le malade arriva à l'hôpital, il se livre à mille excentricités, veut épouser la surveillante et tient des discours insensés. Transféré à Sainte-Anne, il présente des symptômes manifestes de paralysie générale. Il offre un embarras évident de la parole, de l'inégalité pupillaire, enfin, des idées de grandeur mêlées à des notions hypocondriaques. La maison lui appartient, il en réclame les clefs, il a 20,000 francs de rente par jour, il a la grande croix d'honneur. D'autre part, on lui a retiré le cerveau de la tête pour en prendre le dessin, il demande qu'on lui en

donne un autre. Il existe un affaiblissement considérable de la mémoire.

Cet homme est donc atteint d'une paralysie générale; mais il est évident, d'après les détails qui nous sont donnés, que la maladie était déjà installée quand l'accident que nous avons relaté est venu lui donner un coup de fouet. Depuis un an, il présentait de l'affaiblissement mental, il perdait surtout la mémoire des chiffres et des noms propres, il faisait volontiers des achats ridicules, le sommeil était troublé et il faisait des rêves singuliers; une nuit il s'est éveillé en riant aux éclats et en racontant que « l'acteur qui avait joué l'éclat de rire était mort fou. »

Evidemment, les facultés cérébrales de cet homme étaient déjà troublées. Mais, avant l'accident, il n'avait jamais donné aucun signe positif d'aliénation mentale, tandis qu'après cet événement, l'accès de manie aiguë, qui en était résulté, est venu troubler profondément son intelligence.

Il fut pris de délire des grandeurs. « Je suis Président de la République, je suis mécanicien, j'ai une grande maison et je veux sortir demain. Mercure vient de m'appeler en tirant un coup de canon (un éclat de tonnerre venant de se produire); — il m'appelle toujours comme ça, il me tient au courant de tout ce qui se passe. Il faut que demain j'ai grandi de huit centimètres. — Vous savez que le pape est chez moi, parce qu'il a trop chaud à Rome; il m'aime beaucoup, c'est un ancien Louis XIV, et il peut vivre l'éternité. » Il montre son menton et reprend : « Je suis le plus bel homme de la terre; il n'y a que moi qui aie ça. Je suis très connu par toute la terre. » Il a perdu complètement la mémoire et ne sait plus son âge, il dit avoir 21 ans. Il insiste sur sa qualité de Président de la République et de mécanicien. Il gagne des milliards de millions

par mois. Il fait des enfants chez tous les peuples de la terre; c'est lui qui a fait la création. Il y a des choses que les dieux ne peuvent accomplir, lui seul peut tout, etc....

L'embarras de la parole est très accentué et caractéristique. Les pupilles sont inégales. La langue et les muscles de la face sont animées de tremblement fibrillaire manifeste. Il a oublié les causes de l'accident dont il a été victime ainsi que la date de son entrée. En dehors de son délire expansif, aucune opération intellectuelle n'est possible. Parfois craintes d'empoisonnement, il s'alimente cependant assez bien; le sommeil est conservé. Il ne présente pas de gâtisme.

Le traumatisme vient donc ici confirmer et surexciter une disposition morbide déjà préexistante, il la lance, pour ainsi dire, en avant, il en transforme les caractères, mais il ne la crée pas de toutes pièces comme dans le cas précédent.

Nous arrivons maintenant à la troisième observation de beaucoup la plus remarquable de celles que j'ai rassemblées en vue de cette conférence. Je vous demande la permission de vous la donner *in extenso*, telle qu'elle a été rédigée par M. Klippel, interne du service.

Observation. — Hôpital Laënnec. — Service de M. le professeur Ball. Salle Larochefoucauld, n° 6. X., âgé de 48 ans, placier, entré le 11 mai 1888.

Antécédents héréditaires. — *a*) *Père* alcoolique, mort à 56 ans avec des symptômes de perte de la mémoire.
b) *Mère* morte vers 56 ans d'une fluxion de poitrine.
c) *Frères* et *sœurs* bien portants.

Antécédents personnels. — Cadet de ses dix frères. Marié depuis 23 ans; père de 8 enfants, dont il ne reste qu'un seul; trois sont morts en bas âge et les quatre autres nés avant terme (3 ou 4 mois).

Il a été employé de commerce ; pendant deux ans, il a fait le commerce de vins, sans commettre d'excès alcooliques.

En 1867, il eut une éruption cutanée.

Traumatisme. — Il y a trois ans, au mois de mars, il s'est coupé l'avant-bras gauche sur un carreau cassé. Il était bien portant et se trouvait sans ouvrage depuis deux mois.

C'est depuis son accident qu'il a manifesté pour la première fois quelques troubles psychiques. Après qu'il est sorti guéri de l'hôpital Necker, il a éprouvé des douleurs vives siégeant au bras blessé, en même temps qu'il a commence à perdre la mémoire; il ignorait l'heure, oubliait de vaquer aux occupations de sa charge ou bien, pendant l'absence de sa femme, il négligeait son enfant resté à ses soins.

Il y a environ dix ans, il a subi beaucoup d'ennuis, tels que pertes d'argent, etc., sans toutefois paraître déséquilibré.

Depuis deux ans, il présente de l'embarras de la parole.

Première attaque. — Dimanche (6 mai), il a eu une attaque à huit heures — ses yeux étaient hagards, la bouche déviée à gauche et les membres furent pris de tremblement. — Cet accès qui dura deux heures, se termina par des sueurs profuses et des vomissements.

Deuxième attaque. — Le mercredi (9 mai), nouvelle attaque, que le malade dit avoir été précédé par un mal de tète et un « bouillonnement » intra-crânien ; il monte alors chez lui et se couche; le soir, quand il est revenu à lui, il dit qu'il n'a pas mangé depuis deux jours.

Il titubait comme un homme ivre et pendant la marche et se tenait plié du côté gauche. Il a toujours accusé une sensation de froid de ce côté.

Depuis quelques mois il allait souvent sous lui.

Délire. — A la suite de reproches adressés par sa femme, il a eu du délire avec agitation, et menace de tout briser. En dehors de ces accès, il restait chez lui toujours morne et abattu.

Appétit. — Son appétit est bon.

a) État actuel. — Local. — *Avant-bras.* — Sur le côté interne de l'avant-bras gauche, on remarque une cicatrice profonde commençant à quelques centimètres au-dessous de l'épitrochlée et se continuant jusqu'au niveau de la partie moyenne de l'avant-bras en gagnant sa face dorsale, c'est-à-dire que la plaie ayant commencé au niveau de la partie antérieure de l'avant-bras a intéressé toute la région latérale et est arrivée jusqu'à la région postérieure ; dans ces conditions, le nerf cubital a du être intéressé dans la section siègeant dans les muscles cubitaux antérieur et postérieur et les faisceaux les plus externes des fléchisseurs.

Main. — L'atrophie musculaire de la main est des plus marquée, surtout si l'on examine celle-ci du côté de la face palmaire.

Les éminences thénar et hypothénar sont diminuées de volume.

La main est aplatie.

L'éminence hypothénar paraît plus frappée que l'éminence thénar. De ce côté, les muscles court-abducteur, court-fléchisseur, bien qu'amaigris, sont relativement conservés ; au contraire, le muscle court-abducteur parait spécialement atrophié. Ce fait devient surtout évident si l'on examine le dos de la main. En effet la situation profonde de ce muscle permet de constater entre le premier et le deuxième métarcapien, de ce côté un sillon profondément creusé.

D'autre part, dans chaque espace interosseux, l'examen de la face dorsale de la main fait constater un sillon identique, bordé par les reliefs osseux, d'où cette conclusion que le territoire de l'atrophie, bien qu'ayant envahi la main, est plus spécialement limité au domaine d'innervation du cubital (muscles interosseux, muscles de l'éminence hypothénar, muscle court adducteur du pouce).

Lorsque le malade étend la main atrophiée, on remarque un tremblement plus manifeste que celui qui existe du côté opposé, tremblement qui devient plus prononcé, quand le malade fait des mouvements.

Doigts. — Excepté l'auriculaire, tous les doigts sont dans l'extension ; l'auriculaire se trouve légèrement incurvé dans la flexion, le malade peut fermer la main ; il a encore conservé une force relative ; quoique la pression qu'il exerce soit faible.

Le mouvement d'extension des premières phalanges est possible et se réalise de même que la flexion des dernières.

Le poignet, étant maintenu dans l'extension, on peut constater le défaut d'action des interosseux, le malade ne pouvant alors fléchir les premières phalanges ni étendre les phalangines et les phalangettes.

Pour les mouvements d'adduction et d'abduction des doigts, la faiblesse est aussi considérable ; le mouvement est nul pour l'auriculaire.

Il existe une légère diminution du volume des masses musculaires du bras, de l'avant-bras et du deltoïde du côté gauche.

Force. — La force est également diminuée dans les muscles de l'avant-bras et du bras.

Sensibilité. — La sensibilité *au contact* est conservée à la face dorsale du côté du bord radial, tandis qu'elle est abolie du côté du bord cubital pour la main ainsi que pour les doigts. Quant à la sensibilité *à la douleur* (piqûre), elle est plus marquée du côté interne que du côté externe.

La sensibilité à la douleur est conservée du côté de l'avant-bras.

Réflexes. — La percussion au niveau des tendons des fléchisseurs produit quelques secousses de tremblement.

La percussion du tendon du triceps huméral détermine un léger mouvement de l'avant-bras. Il n'y a pas d'exagération.

Réaction galvanique. — Avec 14 éléments (Gaiffe), on obtient des contractions manifestes au niveau des muscles de l'avant-bras.

Avec le même courant on n'obtient rien pour les muscles de l'éminence hypothénar.

En faisant agir 18 éléments sur les muscles court abducteur et court fléchisseur du pouce, on obtient leur contraction, tandis que dans les mêmes conditions le muscle court adducteur reste inactif.

Que la fermeture soit par le pôle positif ou par le pôle négatif l'énergie des contractions est toujours la même.

Réaction faradique. — Les courants faradiques de moyenne intensité font contracter, soit les muscles de l'avant-bras, soit ceux de l'éminence thénar; tandis que le

muscle court abducteur du pouce, ainsi que ceux de l'éminence hypothénar ne réagissent pas.

Troubles trophiques. — Les ongles de la main atrophiée sont plus minces que ceux de l'autre côté, leur coloration est plus rosée. On y rencontre des stries, particulièrement à l'auriculaire et l'annulaire.

Il n'existe pas d'autres troubles trophiques.

Tête. — Il n'y a pas de paralysie de la face, ni de chute des paupières, ni de strabisme.

Yeux. — Du côté des yeux, on observe un double myosis très marqué, les pupilles ont la dimension d'une tête d'épingle. Le reflexe lumineux paraît aboli. Le reflexe de l'accommodation persiste.

Bouche. — Quand le malade parle, il ne remue pas les lèvres comme à l'état normal. Elles paraissent parésiées. Des secousses fébrillaires se produisent particulièrement à la lèvre supérieure.

Langue. — La langue tirée hors de la bouche ne présente pas trop d'abord de déviation, ni de tremblements, toutefois quelques instants après on peut constater de légers mouvements fébrillaires.

Le malade dit sentir sa langue lourde et épaisse, et ne peut la mouvoir que difficilement.

Sa parole est quelquefois saccadée ; il répète deux ou trois fois la même syllabe d'un mot, cela indépendamment de la lenteur et de la peine qu'il a de trouver les mots.

La voix est nasonnée et chevrottante.

Jamais les aliments ne remontent vers le nez.

Ouïe. — Il paraît exister un peu de diminution de l'acuité auditive ; à une distance de 20 centimètres, il ne perçoit pas le tic-tac d'une montre. Quelquefois il éprouve de la peine à entendre ce qu'on lui dit. Il lui est arrivé d'entendre comme le sifflement d'une locomotive.

Goût. — Le goût est conservé. Cependant à un moment il a éprouvé une sensation fade sur la langue, ayant lieu en dehors des repas.

Odorat. — L'odorat paraît parfaitement conservé ; le malade reconnaît toutes les odeurs qu'on lui présente.

Vue. — Le malade voit très bien clair, seulement, de temps à autres des brouillards lui passent devant les yeux et lui troublent la vue.

Sensibilité. — Paraît normale

Force. — Au dynanomètre, 50 kil. à droite. Du côté paralysé (gauche), 15 kil.

Membres. — Le malade dit avoir remarqué que ses jambes sont devenues faibles.

Les reflexes du membre supérieur sont conservés.

Les reflexes rotuliens sont brusques, forts, mais peu étendus. Il a eu des faiblesses aux jambes avec tremblement.

La main droite est agitée d'un tremblement manifeste à oscillations brèves et rapides.

Marche. — En marchant, le malade élargit sa base de sustentation; il marche avec une certaine raideur des jambes. Sa démarche n'est pas ataxique. Il ne présente pas le signe de Romberg, et à la rigueur, il peut marcher les yeux fermés.

Miction. — Un peu difficile, il est obligé de pousser, mais il n'a pas d'incontinence.

Défection — Depuis son entrée, il n'a pas eu d'incontinence des matières fécales, comme cela lui est arrivé chez lui.

Cœur. — Léger souffle à la pointe et au premier temps avec claquement fort au second.

Poumons. — Rien.

Nutrition. — Le malade a bon appétit et mange quatre degrés. Il a subi un certain amaigrissement général qu'il est difficile de préciser exactement.

b) État psychique. — Le facies du malade est sans expression; les yeux sont ternes, la physionomie paraît plutôt endormie. La perte de la mémoire est considérable. Il a oublié le temps depuis lequel il est malade, en ce qui concerne, par exemple, la date de la plaie qu'il s'est faite, il commet des erreurs de dix-huit mois et même de deux ans. Il ne peut pas préciser la date de son entrée à Necker et le temps qu'il y est resté,

Dès le début de sa maladie, il oubliait ce qu'on lui con-

fait ; c'est ainsi qu'il ne s'occupait plus de son enfant dont il avait les soins pendant l'absence de sa femme. Il oubliait aussi l'heure et se trompait de 3 ou 4 heures.

En général, il se tenait immobile, inerte, paraissant ne songer à rien, indifférent aux événements qui se passaient autour de lui ; ne se plaignait jamais de son sort.

Sans délirer, toutefois, il entrait facilement en colère aux moindres objections de sa femme.

Il proférait quelquefois des paroles incohérentes, marquant surtout un affaiblissement intellectuel et un affaiblissement de la mémoire.

Il était d'un caractère optimiste et pensait arriver facilement à rétablir ses affaires, et même à refaire fortune dans un moment où il ne trouvait pas d'ouvrage et où il avait de la peine à vivre.

Sa parole est lente, traînante, et il lui arrive assez souvent de répéter l'une des syllabes d'un mot.

Depuis son arrivée à l'hôpital, on a remarqué qu'il prenait le matin pour le soir et réciproquement, de plus ayant commencé à s'entretenir d'un sujet, il lui arrive de le laisser pour s'en entretenir d'un autre sans y mettre aucune connexion, ni transition.

Habituellement il est calme — il n'a pas encore présenté de délire — jamais d'idées de richesses ni de mégalomanie.

L'intérêt, que présente cette observation, repose surtout sur la netteté avec laquelle nous remontons aux origines de la maladie.

Un homme vigoureux et bien portant est victime en pleine santé d'une lésion accidentelle du nerf cubital ; non seulement il présente les troubles fonctionnels, qui résultent habituellement des lésions de ce genre, mais encore une atrophie des plus manifestes s'empare des muscles de la main innervés par le nerf cubital. Les intérosseux, les muscles de l'éminence hypothénar, le court adducteur du pouce sont successivement atteints ; puis un peu plus tard les muscles du bras s'atrophient et enfin ceux de l'épaule.

Cette atrophie est partielle, elle ne compromet pas absolument et complètement les fonctions du membre; mais elle est ascendante, et après avoir successivement atteint les divers muscles que nous venons d'énumérer, elle porte ses ravages plus loin et plus haut. C'est alors que nous voyons apparaître pour la première fois l'embarras de la parole, suivi bientôt des troubles psychologiques, puis de la contraction pupillaire; les membres inférieurs commencent à se prendre à leur tour et nous sommes bien réellement aujourd'hui en présence d'un cas de paralysie générale.

Il s'agit donc bien évidemment d'une lésion matérielle primitivement développée sur un nerf périphérique et qui, de proche en proche, vient gagner les centres nerveux. Sous ce rapport, notre observation est parallèle à celles où l'on a vu une névralgie sciatique, une névralgie sus-orbitaire devenir l'origine de cette encéphalopathie et notre cas se rapproche plus encore de l'observation de Foville, où une paralysie diphtéritique du voile du palais fut le point de départ de la paralysie générale.

Notons enfin un dernier point. Comme l'a fait très bien observer M. le Dr Vallon dans son excellente thèse, les paralysie générales traumatiques frappent tantôt des sujets déjà prédisposés et sont alors le coup de fouet, qui ne crée pas la maladie, mais qui accélère la marche, en précipite les allures, et lui fait prendre une physionomie plus nettement caractérisée; des troubles vagues deviennent alors plus précis et le diagnostic finit par s'imposer.

Au contraire, dans une autre série de cas, c'est au traumatisme seulement qu'il faut attribuer la production des lésions qui caractérisent la maladie cérébrale, c'est le traumatisme seul qui par un enchaînement implacable et rigoureux de conséquences finit par amener la déchéance cérébrale et le naufrage définitif de l'intelligence.

A la première catégorie de faits se rattache notre deuxième observation, celle où un coup de foudre a marqué le début de l'affection. Ce malade, nous l'avons vu, était un homme déjà prédisposé au moment où l'accident vint le frapper.

A la deuxième catégorie de faits se rattache notre dernière observation. Ce malade était sain d'esprit et de corps au moment de l'accident et c'est bien réellement à partir de ce moment, qu'il a contracté l'affection formidable sous le poids de laquelle il fléchit aujourd'hui.

Enfin comme l'a si justement fait observer Lasègue, parmi les paralysies générales traumatiques, il en est de précoces, il en est de tardives. Dans les premiers cas, la maladie se met immédiatement en marche pour atteindre le terme final ; dans les seconds, elle semble hésiter avant de choisir sa voie et n'arrive que plus tardivement au point où ses caractères deviennent manifestes. Notre foudroyé est un *précoce* ; les deux autres sont des *tardifs*, et la réunion de ces trois faits convergents, nous donnent en quelque sorte le résumé des diverses formes que peut affecter la paralysie générale d'origine traumatique.

ÉTUDE

SUR LE

DÉDOUBLEMENT DES OPÉRATIONS CÉRÉBRALES

ET SUR

LE ROLE ISOLÉ DE CHAQUE HÉMISPHÈRE

DANS LES PHÉNOMÈNES DE LA PATHOLOGIE MENTALE [1]

Par M. J. LUYS

Membre de l'Académie de médecine. Médecin de la Charité.

I. — PARTIE ANATOMIQUE

S'il est un fait de physiologie cérébrale généralement admis comme axiome par tout le monde, non seulement parmi les philosophes, mais encore parmi les médecins, c'est la notion inconsciente que nous avons de notre unité sentante et agitante ; nous pensons tous que si nous avons deux lobes cérébraux, ces deux lobes, grâce à un

(1) Les recherches sur la dualité cérébrale ont pris, dans ces derniers temps, une importance telle que nous croyons devoir donner aujourd'hui ce Mémoire, bien qu'il ait été lu à l'Académie de médecine, il y a quelques années déjà. Non seulement M. le Dr J. Luys a indiqué le premier, il y a bientôt dix ans, les grandes lignes de ces recherches nouvelles, mais il est encore celui qui a poussé le plus loin, dans ce domaine spécial, l'observation et l'expérimentation, et ce Mémoire, complété par lui, reste, à cet égard, l'exposé le plus exact de nos connaissances. N. D. L. R.

système très riche de fibres commissurantes, sont strictement anastomosés entre eux, et que de cette solidarité résulte l'harmonie de leurs opérations, et partant, l'unité de notre personnalité.

Telle est l'opinion généralement admise et qui se trouve appuyée par des données anatomiques si précises, que véritablement il y a quelque témérité à se ranger parmi les ceptiques et à venir dire qu'au point de vue de la dynaique les lobes cérébraux ne sont pas associés, qu'ils sont oués d'une certaine autonomie et même qu'ils sont ourvus d'aptitudes merveilleuses en vertu desquelles, nsi que le prouve l'action de jouer des instruments de usique, du piano en particulier, ils peuvent isolément nctionner, chacun faisant sa partie à part, comme deux strumentistes indépendants. Chose étrange dans ces anifestations si curieuses que nous allons passer en vue, si l'anatomie d'une part vient nous dire que les bes cérébraux sont strictement commissurés d'un côté à utre, l'anatomie vient aussi nous dire avec la même auité et la même certitude qu'ils sont différents l'un de tre; qu'ils ne sont pas configurés suivant les mêmes ils, qu'ils sont asymétriques, que la matière nerveuse les constitue est inégalement répartie entre chacun x, et qu'en somme, s'ils sont semblables en appace, ils ne seront ni égaux en puissance dynamique, ni ux en activité fonctionnelle.

C'est effectivement cette proposition du dédoublement opérations cérébrales que je me propose d'exposer nt l'Académie, en mettant à contribution une série reuves anatomiques et physiologiques, et cette donnée acquise, de montrer quel trait de lumière cette rie de l'activité isolée des hémisphères cérébraux est inée à jeter dans le domaine de la pathologie men-

tale, en fournissant à un grand nombre de troubles physiques une explication rationnelle, et en ramenant ainsi certains faits d'ordre pathologique aux lois générales de l'évolution des actes physiques à l'état normal. C'est ainsi qu'il existe un grand nombre d'états morbides qui rentrent naturellement dans cette catégorie de faits ; tels sont les hallucinés conscients qui jugent et exposent avec lucidité les troubles dont ils sont atteints, — les impulsifs qui luttent contre leurs tendances et dont la volonté est impuissante à maîtriser les actions, — et toute cette classe d'individus indécis et mobiles qui veulent à un moment donné, et qui à l'instant ne veulent plus faire tel ou tel acte, et qui restent immobiles faute de décisions, etc., etc. Ce sont là des manifestations variées en apparence, mais toujours identiques au fond, qui expriment en quelque sorte le combat intérieur de l'être humain divisé en deux sous-individualités indépendantes et insubordonnées, et chez lequel on peut dire que c'est tantôt la partie saine et tantôt la partie morbide qui entre successivement en scène et prend successivement la parole.

Nous allons tout d'abord exposer les preuves anatomiques qui plaident en faveur de cette opinion : l'asymétrie et l'inégalité du poids de chaque lobe cérébral ; nous exposerons ensuite la preuve d'ordre physiologique pur, nous réservant, une fois ces prémisses établies, de démontrer l'importance que ces considérations peuvent avoir dans l'interprétation de certains phénomènes de pathologie mentale.

PREUVES ANATOMIQUES

Malgré les apparences extérieures, ainsi que nous venons de l'indiquer, qui font croire que les lobes cérébraux

sont construits sur le même plan et qu'ils se ressemblent comme tous nos organes pairs, comme les reins, les ovaires, les glandes salivaires, etc., ce sont ces deux questions que nous allons passer en revue :

1° *De l'asymétrie des lobes cérébraux.* — L'asymétrie des lobes cérébraux dont la plupart des auteurs ont peu tenu compte, et dont, un des premiers, dans mes cours, j'ai depuis longtemps fait remarquer l'importance, est un des points les plus curieux de leur description. Les lignes cardinales, les sillons et les plis, sont en effet à peu près semblables de chaque côté, on les trouve avec leur configuration régulière; mais il n'en est plus de même pour les plis secondaires, et c'est là que commence la différenciation. L'asymétrie porte sur toutes les régions de la topographie de l'écorce; on peut dire qu'en général les circonvolutions marginales sont celles qui se ressemblent le plus d'un côté à l'autre, mais dans les plis des régions frontales droite et gauche, occipitales et surtout dans les régions sphéno-temporales, c'est là que les irrégularités se font voir avec les caractères les plus accentués.

Au point de vue démonstratif, l'asymétrie des lobes cérébraux se révèle d'une façon des plus saisissantes par le procédé suivant :

Sur une coupe fraîche du cerveau, soit horizontale, soit verticale, qu'on applique une feuille de papier à calquer, et qu'à l'aide d'un pinceau à l'encre de Chine on suive le profil des sinuosités de l'écorce sur tout un lobe, et qu'on retourne cette feuille en la pliant par le milieu, on verra d'une manière des plus nettes que jamais le tracé d'un lobe ne concorde avec celui de l'autre hémisphère : preuve très évidente que les plis du cerveau gauche n'ont pas les mêmes caractères que ceux du cerveau droit, et qu'il y a une dissemblance flagrante entre la conformation des deux lobes

D'un autre côté, voulez-vous avoir l'expression directe de l'asymétrie du crâne et partant des lobes cérébraux? Prenez ces rondelles à l'aide desquelles les chapeliers obtiennent le tracé de la configuration du crâne pour y adapter la coiffure de leurs clients; vous serez surpris de la différence d'aspect du côté gauche et du côté droit de chacune d'elles. M. le docteur Delaunay fait justement remarquer que MM. Lacassagne et Cliquet dans leur travail, en supputant 272 de ces rondelles, ont trouvé que 76 fois sur 100, la région frontale était plus développée à droite, tandis que la gauche ne l'était que dans les proportions de 15 pour 100. La région occipitale leur parut plus développée à droite 55 fois sur 100 et la gauche 37 fois sur 100. Ajoutons encore que, suivant ces auteurs, la région frontale gauche est plus développée chez les gens instruits (1).

Ces détails anatomiques ont du reste déjà été signalés par M. Broca, qui en mesurant des lobes frontaux a constaté une augmentation du poids du lobe frontal gauche; il a fait en même temps remarquer, ainsi que d'autres auteurs, Gratiolet tout d'abord, puis Barkon et Roques (2), que les plis et les circonvolutions se développaient hâtivement dans le lobe gauche.

Cette asymétrie que nous venons de constater comme condition normale de l'organisation du cerveau adulte dans les deux sexes, est-elle congénitale? A-t-elle un caractère héréditaire ou bien peut-elle être considérée comme étant le fait d'un développement artificiel provoqué par

(1) Lacassagne et Cliquet. — *De l'influence du travail intellectuel sur le volume et la forme de la tête.* Page 16, Paris, 1878. — *Extrait des Annales d'hygiène publique.*

(2) Gaëtan Delaunay. — *Etudes de biologie comparée.* Paris, 1878, page 90.

l'exercice, par la culture et n'entrant pas dans la place de l'organisation ? Sur cette intéressante question qui est appelée à susciter bien des questions secondaires, nous n'avons pas encore de données positives ni de statistiques suffisamment bien faites ; c'est un problème que nous ne faisons que poser en laissant aux observateurs futurs le soin de le résoudre ; qu'il nous suffise de rappeler en passant que sur trois cerveaux d'enfants nouveau-nés que j'ai eu l'occasion d'examiner à ce sujet, j'ai dans ces trois cas constaté une asymétrie indubitable comme sur un cerveau d'adulte. Ce qui semblerait indiquer que ce serait là un phénomène acquis probablement par la culture intellectuelle et fixé par l'hérédité.

2° L'étude du poids comparé de chaque lobe cérébral présente encore des caractères qui accentuent la différence naturelle qui existe entre eux. Sur un relevé de vingt-six cas, j'ai obtenu en effet des résultats qui montrent un avantage en poids au profit de l'hémisphère gauche, de 5 à 8 grammes au plus chez l'homme sain.

Ces pesées ont été faites régulièrement par moi-même, en me mettant toujours dans les mêmes conditions. Chaque hémisphère était scrupuleusement sectionné sur la ligne médiane, dépouillé de ses enveloppes, et détaché au niveau du bord supérieur de la protubérance. Les sujets n'ont pas été pris au hasard ; ils ont été choisis à l'état sain, en connaissant leurs antécédents et leur état mental ; ils comprennent des individus de dix-huit à quatre-vingt-trois ans. Les résultats sont ainsi répartis : sur ces vingt-six cas, douze fois j'ai trouvé le lobe gauche plus pesant que le droit ; sept fois l'avantage était au lobe droit ; et sept fois, chose très remarquable, les deux hémisphères étaient égaux en poids ; nous verrons, à propos des pesées du cerveau des aliénés, que sur un même nombre

de cas cette équilibration ne s'est pas réalisée une seule fois.

Ces détails anatomiques d'inégalité de poids dont on comprend toute la portée, ont été relativement jusqu'ici peu étudiés par les observateurs ; et ce n'est pas sans une certaine surprise, qu'à propos de cette simple question de l'inégalité du poids des hémisphères, on trouve chez les auteurs français relativement peu de matériaux. Je citerai cependant des recherches de Boyd (1), qui sur une statistique de huit cents cerveaux, trouva constamment l'hémisphère gauche plus lourd que le droit (un huitième d'once); Bastian, cité par Rosenthal, indique dans le même ordre d'idées que le poids spécifique de la substance grise est plus élevé dans l'hémisphère gauche que dans le droit. Notre collègue M. Broca qui avec tant de persévérance a dirigé son activité dans cette direction spéciale, tout en se plaçant à un autre point de vue que le nôtre, est arrivé à des conclusions concordantes, et reconnaît une légère prédominance du lobe frontal gauche sur le lobe frontal droit.

En effet, dans un relevé comprenant dix-neuf cerveaux, recueillis sur la population des vieillards de Bicêtre, et dix-neuf sur la population d'adultes de Saint-Antoine, il est arrivé à des appréciations moyennes, desquelles il résulte que si au point de vue de l'ensemble, il y a dans les cas qu'il a examinés un résultat moyen qui donne un certain avantage au lobe droit, par contre le lobe frontal gauche, pris isolément dans tous ces cas, lui a présenté une différence moyenne de 4 gr. 53 à 3 gr. 45 sur son congénère de droite ; résultat important, qui confirme d'une façon concordante l'idée générale que nous poursuivons sur

(1) *Bulletin de la Société d'anthropologie*, 1875, page 535.

l'asymétrie et l'inégale répartition de la substance nerveuse dans chaque lobe cérébral (1).

II. — PARTIE PHYSIOLOGIQUE

I

Les détails anatomiques que nous venons de soumettre à votre appréciation nous révèlent donc cette particularité très curieuse relative aux lobes cérébraux : en apparence ils se ressemblent, ils paraissent être deux appareils géminés identiques, conçus sur le même plan, et cependant en réalité, ils sont inégaux au point de vue de la configuration morphologique, comme ils sont inégaux au point de vue de la répartition de la substance nerveuse, l'inégalité de poids étant entre eux la règle la plus fréquente.

Cet écart que nous constatons ainsi et que nous pouvons en quelque sorte doser et représenter graphiquement, nous allons le retrouver avec des caractères beaucoup plus accentués et des manifestations beaucoup plus significatives dans toute cette série de phénomènes dynamiques auxquels les lobes cérébraux sont destinés à donner naissance. Nous allons aussi voir que non seulement l'un d'eux peut devenir apte à prendre le pas sur son congénère, à attirer à lui seul toutes les forces vives de l'esprit et à servir d'interprète exclusif à nos pensées, mais encore que dans d'autres circonstances préparées par l'art, entretenues par l'étude, telles que l'action de jouer des instruments de musique, ils peuvent acquérir une certaine

(1) *Philosophic transaction*, 186, page 161, tome V ; cité par Rosenthal, *Maladies du système nerveux*, page 135.

indépendance d'action, se spécialiser et agir isolément comme deux individualités complètement indépendantes.

Prenons par exemple l'examen de la faculté du langage articulé.

On aurait certes bien étonné les philosophes et les penseurs du siècle dernier, on étonnerait même encore aujourd'hui toutes les personnes étrangères à la médecine, si on leurdirait *ex abrupto* que la faculté du langage, cette faculté si concrète, si vivante, si humaine par excellence, puisqu'elle est la caractéristique exclusive du genre humain, se trouve à la merci de l'intégrité d'un lobe cérébral qui est son interprète exclusif, et que c'est le lobe gauche, que dis-je, même une portion du lobe gauche, qui seule sert à l'expression et à la propagation de nos pensées au dehors. Et cependant rien n'est plus vrai, rien ne paraît plus démontré actuellement en fait de physiologie cérébrale; et l'on peut dire, sans être démenti, qu'avec la découverte des centres psycho-moteurs de l'écorce, la notion acquise de l'importance du lobe gauche dans l'expression verbale est une des conquêtes les plus intéressantes et les plus imprévues que notre siècle ait eues à enregistrer.

Gall, dont les travaux ont fait une si vive impression dans l'esprit de ses contemporains au point de vue des diverses localisations de l'activité cérébrale, dès 1808, avait déjà assigné aux régions sus-orbitaires du cerveau une certaine importance dans la facilité du langage et de la mémoire des mots. Mais ce n'était là qu'une tentative vague, à peine démontrée. Le problème des localisations avait disparu avec celui qui l'avait le premier posé. Ce n'est qu'en 1825 que Bouillaud le reprit (1), et nous savons

(1) Bouillaud. — *Traité clinique et physiologique de l'encéphalite*, 1825, page 284.

tous avec quelle ardeur, avec quelle énergie, quelle persévérance, notre vénéré maître entreprit la défense de certaines localisations cérébrales, en attribuant aux lobes antérieurs le rôle d'appareil coordinateur de la faculté du langage par excellence. Ce fut là déjà un grand progrès, et ce progrès fut suivi bientôt d'acquisitions nouvelles. Dax (de Sommières), frappé de ce fait que dans tous les cas qu'il avait observés, les malades privés de la parole étaient atteints d'hémiplégie droite et qu'inversement les hémiplégiques gauches n'étaient pas affectés de troubles de langage, arriva à cette conclusion, dans un mémoire qui fut publié en 1836 : que les lésions seules du lobe cérébral gauche amenaient l'anéantissement de la parole, et que ce lobe seul avait la part prépondérante dans l'expression verbale (1).

Ça été là un fait étrange et très nettement précisé, qui, déposant en faveur des idées que nous émettons en ce moment, devint par cela même un argument d'une grande valeur, puisqu'il nous montre comment cette faculté d'ensemble, cette faculté si complexe qui constitue l'expression verbale, a pour instrument et pour appareil de projection un seul de nos lobes cérébraux, et que c'est le lobe gauche exclusivement.

D'après ces premiers travaux, dont les contemporains n'ont pas, dès leur apparition, saisi toute la portée, des progrès nouveaux se sont accomplis dans la voie commencée, et ce n'est pas sans une certaine satisfaction que nous voyons encore un savant français, M. le docteur Broca, poursuivre l'œuvre des devanciers et arriver également par ses recherches personnelles non seulement à confirmer la

(1) Dax (de Sommières). — Lésions de la moitié gauche de l'encéphale coïncidant avec l'oubli des signes de la pensée. — Mémoire lu au congrès méridional de 1836. *Gazette hebdomadaire*, 1865, page 259.

découverte de Dax, mais encore à préciser davantage sa supposition primitive en indiquant que ce n'était pas le lobe gauche en entier qui présidait à la faculté d'expression verbale, mais bien une portion de ce lobe gauche, et que c'était la troisième circonvolution frontale qui avait ce privilège, puisqu'une lésion isolée de ce point suffisait à faire disparaître la faculté d'émettre des sons articulés.

Ces données de la science moderne ont été confirmées d'une façon générale par la plupart des observateurs, et quoiqu'on ait cité ça et là quelques faits en apparence contradictoires, il est incontestable que dans l'immense majorité des cas les troubles de la parole coexistent avec une lésion du lobe gauche et très souvent avec une lésion circonscrite de ce même lobe, la région de la troisième frontale, la région de l'insula, et je dirai même presque constamment, suivant moi, avec une lésion du noyau extra-ventriculaire du corps strié. Je considère donc, quant à ce que j'ai vu, l'intégrité du lobe gauche comme étant absolument nécessaire à l'exercice de la parole, et je dois dire que mon observation s'appuie sur un certain nombre de faits précis, puisque sur un relevé de quarante-deux cas d'aphasie plus ou moins complète, que j'ai moi-même observés et examinés microscopiquement, j'ai toujours rencontré une lésion dans l'hémisphère gauche et dans les territoires indiqués précédemment.

J'ai l'honneur de présenter ci-joint à l'Académie deux pièces anatomiques relatives à la question pendante. Ces pièces sont d'un très haut intérêt, elles se complètent l'une l'autre, et démontrent d'une façon péremptoire le rôle exclusif du lobe gauche et de la troisième frontale avec le territoire ambiant de l'insula dans les phénomènes de l'expression verbale.

Sur ces deux cerveaux on voit, en effet, des lésions

identiques; on aurait voulu les réaliser qu'on n'aurait certes pas mieux réussi. Il s'agit, en effet, d'une embolie d'une branche de l'artère de Sylvius arrêtée dans les mêmes points, et qui là à gauche, là à droite, a ravagé la substance grise de l'insula, de la troisième frontale et de la première temporale. L'axe de la surface détruite est identique de fait et d'autre. Et cependant, que de différences dans les symptômes! Chez la première de ces deux malades l'aphasie et l'hémiplégie ont été presque complètes; chez la seconde, celle dont l'hémisphère droit a été intéressé, il y a eu de l'hémiplégie seule, mais pas de perte de la parole.

L'aphasie avec hémiplégie droite est donc l'expression symptomatique caractéristique d'une lésion localisée dans un département de l'écorce, et ce n'est pas une mince reconnaissance que les cliniciens doivent aux hommes scientifiques, de leur avoir ainsi permis d'isoler, au milieu de la série confuse des troubles paralytiques variés, une entité nosologique nouvelle, simple et précise, ayant son allure et sa localisation anatomique propres.

Il est encore un point curieux à noter relativement à la participation plus grande que prend le lobe gauche dans les phénomènes de l'activité cérébrale : c'est le tribut relativement plus considérable qu'il paye aux diverses désorganisations. Les lésions sont, en effet, plus fréquemment réparties dans le lobe gauche que dans le lobe droit. Sur un relevé de quarante hémiplégiques, suivi d'autopsie, j'ai trouvé que dans plus de la moitié des cas, vingt-six fois c'était le lobe gauche qui était frappé, et cela avec hémiplégie droite, avec ou sans aphasie.

Actuellement, dans mon service, sur le dénombrement des hémiplégiques qui s'y trouvent, je constate que les hémiplégiques du côté droit, c'est-à-dire avec lésion du

lobe gauche, sont en plus grande quantité. Sur dix-huit cas d'hémiplégie, en effet, onzè fois l'hémiplégie siège à droite; ce qui implique, comme nous disions, une plus grande fréquence des lésions du lobe gauche.

II

Mais, dira-t-on, comment expliquer que cette faculté du langage qui est en elle-même, dans sa constitution, une opération si complexe, si spéciale, qui exige le concours de tant de facultés successives, soit exclusivement localisée dans un point si précis et dans un territoire si restreint que celui dans lequel on veut la cantonner? Comment expliquer physiologiquement cette action élective du lobe gauche et son rôle exclusif dans l'expansion d'un phénomène général et d'origine purement psychique?

Ici, le problème posé a besoin d'être examiné avec quelques détails, et certes, il en vaut bien la peine, car il soulève incidemment une série de questions du plus haut intérêt.

La faculté du langage, phénomène d'ordre purement psychique dans les origines intimes où il est conçu, ne peut se traduire au dehors qu'en se manifestant sous une forme somatique, à l'aide de modulations vocales déterminées. Celles-ci, à leur tour, ne sont que des effets directs de la contraction volontaire des appareils phonomoteurs: si bien que l'on est amené à dire, au point de vue de son conflit avec l'organisme, qu'elle se résume à n'être qu'une forme spéciale de la motricité volontaire, répartie sur un groupe spécial d'éléments musculaires, les appareils phonomoteurs.

Le problème se trouve donc réduit à ces termes : en quoi consiste dans son essence un phénomène de motricité volontaire? Et la solution obtenue a montré que l'action d'articuler des sons déterminés n'est autre qu'une des milles circonstances de la volonté en exercice, s'exprimant à l'aide de manifestations motrices strictement coordonnées.

Or, que nous montre l'étude analytique des phénomènes de l'activité volontaire? A quels éléments simples se trouve-t-elle réductible?

Nous les trouvons partout et toujours constitués par deux processus successifs strictement solidarisés. Le second n'étant que la continuité et la deuxième phase du premier qui marque le mouvement.

C'est d'abord un processus purement psychique dans lequel le stimulus de la volition est encore à l'état latent et, en quelque sorte, prisonnier dans les régions mêmes où il a été conçu. A celui-ci succède un processus d'émissions en vertu duquel ce même stimulus de la volition émerge des régions qui l'ont enfanté et opère sa projection au dehors.

Dans les phases préparatoires qui se passent au sein des activités psychiques, c'est notre personnalité conciente tout entière, ce sont nos émotions, nos manières d'être, nos pensées en face d'une situation extérieure donnée, qui donnent le branle et suscitent le point de départ au mouvement en évolution, rien ne transpire encore au dehors, et l'opération mentale qui s'accomplit silencieusement peut rester à l'état de résolution prise sans se manifester au dehors d'une façon corrélative.

Mais aussitôt que le moment d'agir, de parler, de nous manifester d'une façon quelconque est venu, l'incitation primordiale obéit alors aux lois fatales de la propagation

à travers ses voies naturelles d'émission. Elle se répercute vers des territoires de cellules spéciales, vers des centres appropriés, centres psycho-moteurs, comme on les dénomme actuellement, et qui sont pour la substance grise de l'écorce cérébrale ce que sont les différents noyaux gris des cornes antérieures de la moelle. Chacun d'eux en effet, n'est-il pas, suivant sa spécialité, suivant sa topographie, une véritable porte de sortie pour les incitations excito-motrices irradiées des différentes régions sensitives de la moelle épinière? Les mêmes données se retrouvent au point de vue de l'organisation de l'écorce cérébrale, qui d'une façon générale, représente dans son ensemble un appareil à la fois sensitif et moteur conçu sur le même plan que les appareils similaires de la moelle épinière.

C'est donc dans ces centres psycho-moteurs, qui représentent des petits îlots de cellules motrices, que le travail de transformation s'opère et que l'incitation primitive conçue sous forme d'ébranlement purement psychique se transforme en ébranlement somatique par la sollicitation directe des nouveaux éléments nerveux qu'elle met en réquisition : et cela en vertu d'un mécanisme tout à fait comparable à celui par lequel, dans les réseaux gris de la moelle épinière, les impressions sensitives changent de nature, se transforment et deviennent stimulation motrices après qu'elles ont sollicité la participation des cellules purement motrices des cornes antérieures.

A partir du moment où les centres psycho-moteurs de l'écorce ont été mis en action, le mouvement commencé se propage de proche en proche aux différents appareils de l'activité cérébro-spinale qui s'en emparent, l'amplifient et l'incorporent de plus en plus avec l'organisme. Sorti des centres psycho-moteurs, il gagne directement à l'aide des fibres blanches cérébrales les différents territoires du corps

strié, près de là, à l'aide de fibres pédonculaires, il se répartit aux différents segments de l'axe spinal, pour, en définitive, à l'aide des racines antérieures, aller susciter la contraction de tel ou tel groupe de fibres musculaires. C'est ainsi donc qu'en raison des milieux nerveux différents qu'elle parcourt l'incitation motrice volontaire, conçue tout d'abord à l'état d'ébranlement purement psychique, se transforme insensiblement, se matérialise en quelque sorte à mesure qu'il progresse, et finit par devenir une simple stimulation excito-motrice. On peut dire que tout acte de motricité volontaire est toujours doublé d'une opération somatique qui le traduit, l'organise et le met en valeur.

Ces données générales sont-elles appréciables aux phénomènes du langage articulé, et celui-ci, à son tour, est-il réductible aux phénomènes principaux que nous venons d'essayer d'isoler? La réponse est évidemment affirmative. Nous retrouvons en effet dans l'expression verbale de l'être humain les deux phases distinctes, les deux étapes successives que nous avons précédemment signalées. Et ici la période latente, la phase psychique n'est autre chose que cette phase préparatoire dans laquelle notre personnalité s'émeut, s'ébranle et tend à exprimer par des vocables, par des sons phonétiques articulés, par des contractions musculaires du larynx, du pharynx, des joues, des lèvres, les différents états émotifs qu'elle traverse.

Notre personnalité a à sa disposition dans sa mémoire des réserves accumulées de souvenirs. Elle se souvient qu'à chaque objet extérieur correspond un son déterminé, que ce son s'exprime par certaines contractions musculaires; que ces émotions intimes se traduisent par des inflexions appropriées, et qu'en un mot des séries de sons produits par des contractions musculaires phonomotrices correspondent à des pensées, à des émotions déterminées.

Ce sont ces souvenirs, ces notions acquises par un long apprentissage à travers la vie qui constituent ce qu'on appelle le langage mental, et pour nous, dans la série des idées que nous développons, la phase préparatoire du langage articulé.

La phase psychique de l'émission verbale étant ainsi préparée, le processus va entrer dans la seconde phase, la phase d'émission, la phase somatique.

La personnalité a été saisie, elle a senti. Elle a l'appétition d'exprimer au dehors les émotions qui palpitent en elle et les pensées qui surgissent dans l'esprit. Elle veut se manifester, faire acte d'existence et se révéler dans l'état d'émotivité où elle se trouve.

Dès lors, l'ébranlement primordial émergé de la sphère psychique suit son cours, il rayonne à distance et se propage comme une force vive qui se transforme vers les régions spéciales qui sont ses véritables centres psychomoteurs d'émissions, vers les cellules motrices de la troisième circonvolution frontale. Comme tous ses congénères de la motricité volontaire, par cela même qu'il entre dans un milieu nouveau, il se transforme sur place, et d'incitation purement psychique qu'il était au début, il devient une incitation purement somatique, phonomotrice, qui va progressivement, de dépôt gris en dépôt gris, finalement s'amortir dans tel ou tel segment de l'axe spécial qui tient sous sa dépendance la motricité isolée de tel ou tel appareil phonétique.

III

Au point de vue des rapports de la troisième circonvolution frontale avec la fonction du langage articulé, l'inter-

prétation que nous présentons actuellement nous paraît être tellement l'expression naturelle de ce qui se passe, qu'elle cadre parfaitement, ainsi qu'on va le voir, avec la plupart des faits connus.

Ainsi il est des circonstances signalées dans lesquelles les voies de communication entre les régions de la sphère et celles des centres psycho-moteurs ont été interrompues par le fait d'une lésion, soit fugitive, soit persistante, et alors l'expression verbale ne pouvant plus s'exprimer au dehors, demeurait intacte comme si elle eût été prisonnière. C'est ainsi que dans une observation célèbre dont Lordat nous a conservé le récit, il retrace les anxiétés qu'il a subies alors qu'il voulait parler, et que, frappé d'une aphasie transitoire, il ne pouvait exprimer au dehors ses émotions. « Je m'aperçus, dit-il, qu'en voulant parler, je ne trouvais pas les expressions dont j'avais besoin. J'étais en ces réflexions, lorsqu'on m'annonça une visite; j'ouvrais la bouche, la pensée était prête, mais les sons qui devaient la confier à l'intermédiaire, n'étaient plus à ma disposition. Je me tournai avec consternation et je me dis en moi-même : il est donc vrai que je ne puis plus parler? Et malgré cela, ajoute-t-il, j'étais le même intérieurement. Quand j'étais seul je m'entretenais facilement de mes occupations de la vie et de mes études chéries; je n'éprouvais aucune gêne dans l'exercice de la pensée (1). »

Dans d'autres circonstances, le langage mental, respecté dans les régions mères, trouve soit par la voie du langage écrit, soit par une sorte de suppléance qui s'opère à l'aide du lobe demeuré sain, une voie naturelle à l'aide de laquelle il peut s'exprimer au dehors.

(1) Lordat — *Revue périodique de la Société de médecine de Paris*, 1820, décembre, page 317.

J'ai cité pour ma part un cas de ce genre chez une femme devenue aphasique par suite de destruction de la troisième frontale gauche. La faculté du langage a pu être récupérée au bout d'un certain temps ; la malade a pu reparler correctement, et lors de son autopsie, j'ai constaté le développement du lobe frontal droit qui était très notablement plus volumineux que d'habitude (1). Parent, dans sa thèse inaugurale, a rapporté des observations semblables (2). J'ai recueilli un certain nombre de récupérations de la parole chez d'anciens aphasiques. Tous ces faits tendent à montrer que si la fonction du langage, en tant que phénomène d'ordre physique, est une opération d'ensemble qui appelle à son aide toutes les activités cérébrales, elle échappe, par ce fait, à une localisation précise.

Par contre, comme elle est destinée à prendre une forme somatique et à s'incorporer avec l'organisme, elle rentre par cela même dans la catégorie des processus de l'activité volontaire, et comme ceux-ci ont chacun une porte de sortie isolée, indépendante de l'organisme, un centre moteur approprié, elle rentre dans la loi générale, et trouve dans la troisième circonvolution frontale et les régions ambiantes, ses voies naturelles d'émission et de propagation qui l'exportent au dehors. Elle met en activité principalement le lobe gauche, parce que c'est le lobe gauche qui est le plus hâtif dans son développement, parce que c'est lui qui est le plus richement doué en fait d'éléments nerveux, et enfin pour qu'en même temps, d'une façon énergique, il préside aussi au langage écrit, par cela même qu'il suscite les mouvements de la main droite sur le papier.

(1) Luys. — *Société de biologie*, 1876.
(2) Parent. — *De la possibilité des suppléances générales*. Thèse de Paris, 1875.

IV

Cette activité unilatérale d'un lobe isolé est encore démontrée dans l'action d'écrire et de tracer des caractères graphiques, le dessin ou la peinture. L'écriture, c'est un langage exprimé avec les doigts au lieu de l'être avec les appareils phonomoteurs; quoi donc d'étonnant à ce qu'il obéisse aux mêmes lois générales de l'évolution que les autres processus de l'activité volontaire !

Cette faculté est pareillement constituée par deux opérations connexes; l'une acquise par l'éducation, c'est le travail graphique mental qui nous a appris la valeur des signes représentatifs des objets qu'ils expriment; et d'autre part par l'acte matériel somatiqne qui consiste à tracer des signes graphiques représentant des objets désignés. Elle est donc soumise aux mêmes vicissitudes et aux mêmes évolutions que toutes ses congénères. Elle est pareillement pourvue dans le cerveau d'un centre psycho-moteur qui peut être lésé ou respecté isolément, ainsi qu'on en voit des exemples dans certaines formes de l'aphasie. Mais ce qu'il y a de particulier à son sujet, et ce qui doit nous préoccuper exclusivement, c'est que c'est encore à l'aide du lobe gauche seul qu'elle s'exprime. Non seulement c'est avec le lobe gauche que nous parlons, mais encore c'est avec lui que nous écrivons. C'est lui qui est l'agent de toutes nos activités, c'est lui qui coordonne et par conséquent dirige la plupart de nos actes par lesquels notre personnalité se manifeste au dehors de nous. Et cela sans que nous nous en doutions, sans que nous en ayons la moindre notion, si bien que cette portion détachée de notre unité mentale, devient insensi-

blement, à un moment donné, l'instrument délégué qui la représente tout entière et lui donne son cachet. Ne savons-nous pas tous combien les caractères, tracés par notre main droite, suscitée par notre lobe gauche, fidèles expressions de nous-mêmes, servent dans les expertises médico-légales à reconnaître la main qui les a tracés ! Ne savons-nous pas tous que quelques signes agglomérés en formule définie, tracés par la même main, constituent notre signature et deviennent ainsi l'expression matérialisée de l'intervention de notre personnalité consciente?

Les mêmes suppléances que nous avons signalées à propos des sons articulés se rencontrent également à propos de la possibilité de tracer, soit des caractères graphiques, soit des lignes de dessin. On voit en effet les hémiplégiques, à droite, pouvoir récupérer au bout d'un certain temps, et avec de l'exercice, la faculté de pouvoir tracer quelques caractères graphiques, et au besoin de donner leur signature. Dans le même ordre de faits, nous avons connu un peintre, qui, à la période moyenne de sa vie, frappé d'émiplégie droite, put reprendre son pinceau de la main gauche et produire encore des œuvres d'une certaine valeur.

(A suivre.)

UN CAS

DE

FIBRO-NÉVROMES GÉNÉRALISÉS

Par M. KLIPPEL

Interne des Hôpitaux.

Comme le révèle l'examen histologique, les tumeurs multiples observées chez notre malade ne sont pas des névromes proprement dits. Elles sont constituées par du tissu fibreux proliféré. Ce sont des tumeurs fibreuses, développées sur le trajet des nerfs périphériques et non pas constituées par du tissu nerveux, avec tendance à dissocier, à écarter les tubes nerveux et à les étouffer au sein du tissu néo-formé : D'où la justification du titre de fibro-névromes donné à cette observation.

Bien qu'on pût songer aux névromes devant la symptomatologie présente, le diagnostic pouvait paraître incertain avant l'ablation et l'examen histologique de l'une des tumeurs.

Etant donnée la présence de petites nodosités semblables, au cou, dans les aines et dans l'aisselle d'un côté, leur caractère de consistance, de mobilité sous le doigt, leur situation sous la peau, on pouvait songer à des ganglions lymphatiques devenus volumineux et, étant donnée la marche de la maladie, l'état de faiblesse du malade, la généralisation des lésions, à une maladie d'une certaine

gravité de ces organes. Aussi devons-nous insister sur quelques particularités propres à éclairer le diagnostic et desquelles cette observation tire son intérêt particulier.

A côté des tumeurs, il y avait d'abord quelques douleurs sous forme d'élancements et d'autres fois des crampes paraissant s'accompagner d'une certaine rigidité musculaire. Puis il y avait des troubles trophiques plus en rapport avec une lésion nerveuse.

Au niveau de plusieurs et des plus grosses nodosités, on observe un état spécial de la peau. Là le tégument externe forme une sorte de capsule trop grande pour contenir la nodosité qu'on ne sent que plus loin dans la profondeur. La peau est amincie, distendue et soulevée en forme de dôme bien circonscrit au-dessous duquel la palpation fait trouver le fibro-névrome, profondément noyé dans le tissu conjonctif sous-cutané. Probablement ces altérations se trouvent dans des points où de petits filets nerveux se détachaient au niveau même des nodosités, pour aller innerver la peau. Ces filets étant englobés dans le tissu néo-formé, ont été détruits, d'où des troubles trophiques.

On trouvait de plus des plaques pigmentées, souvent très larges, disséminées sur les membres et le tronc.

Ces plaques ayant généralement plusieurs centimètres carrés et disséminés sans rapport avec les nodosités elles-mêmes, étaient irrégulièrement ovales ou quadrilatères et avaient une coloration café au lait. Elles paraissent constituer un vitiligo par troubles trophiques. Elles ne sont pas des nœvi congénitaux : le malade les a vues se développer après l'apparition des petites tumeurs : il est nettement affirmatif sur ce point.

Les troubles trophiques paraissent également avoir touché le système musculaire puisqu'on observe une diminu-

tion assez prononcée du volume de certaines masses musculaires.

Enfin, bien que la maladie soit lente et chronique, elle paraît cependant marcher progressivement. Depuis l'année passée où nous avions vu le malade, le nombre des tumeurs s'est accru, de nouvelles plaques de vitiligo se sont dessinées, la faiblesse a augmenté.

Remarquons encore que le traitement anti-syphilitique n'a pas eu d'action sur la maladie.

Observation (1). — Le nommé D... H... âgé de 26 ans, profession : journalier, entré le 8 avril 1888, salle Larochefoucault n° 18, service de M. le professeur Ball.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents personnels : Pas d'alcoolisme. Il a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 22 ans. Peu de temps avant cette époque il avait présenté sur la peau une éruption qui fut regardée comme syphilitique par les médecins qui l'ont soigné, mais le fait ne nous est pas absolument prouvé.

Le malade est un homme grêle, de petite taille, à tête allongée de forme dolicocéphalique exagérée, avec des yeux rapprochés de la racine du nez, le nez effilé et une voûte palatine en ogive.

Il y a 7 ou 8 mois il a vu survenir sur le bras gauche des petites nodosités roulant sous la peau. Elles occupaient la face antérieure et le côté interne de l'avant-bras : puis il en a remarqué sur le dos, puis au niveau du thorax à droite à la partie antéro-inférieure, il y en a une qui avait le volume d'une grosse noix et qui fut enlevée en province où le malade a été en traitement.

Puis, en même temps, il survint de ces petites tumeurs dans tous les points du corps. L'évolution a été très lente. Il ne s'aperçoit plus actuellement qu'elles continuent à grossir et cela depuis deux mois environ. Il a remarqué

(1) Nous avons observé ce malade l'année passée dans le service de M. le professeur Cornil, suppléé par M. le docteur Chauffard, et c'est à cette époque que la tumeur dont nous avons fait l'examen histologique a été enlevée.

qu'il devenait faible et qu'il maigrissait sans que ce soit dans de très grandes proportions.

Il digérait bien, n'avait pas d'essoufflement ni de palpitations.

Il continuait à travailler, mais non sans remarquer que ses jambes faiblissaient quelquefois. Les petites tumeurs se sont développées en s'accompagnant d'élancement douloureux au niveau même de leur siège révélant aussi le caractère de piqûres locales d'intensité médiocre. Il ajoute encore que les douleurs quelquefois l'empêchaient d'étendre le bras et alors il avait une douleur profonde et sourde dans l'étendue des membres supérieurs.

Etat actuel (9 avril 1888). — On trouve sous la peau des avant-bras, du dos, des jambes et de la poitrine des petites tumeurs d'inégal volume, la plupart n'étant pas visibles à l'œil mais seulement constatables à la palpation. On en rencontre encore à la cuisse, sur l'aponévrose du droit antérieur. Celles qui font relief sous la peau siègent au bras droit et présentent le volume d'un gros pois. On en voit une faire saillie au niveau de l'épaule, une autre au niveau du dos. Ces tumeurs ressemblent à de petits ganglions lymphatiques; elles sont dures, ovalaires mobiles, roulant sous le doigt, sur l'aponévrose des muscles, indolores à la pression. Au niveau de deux ou trois seulement, la peau a une coloration rosée; elle est distendue à ces points formant une saillie élastique, c'est une sorte de distension du derme et par la palpation on sent les petites tumeurs disséminées sous ces points distendus.

On trouve dans l'aisselle, à la partie postérieure du cou, dans l'aine, quelques ganglions ayant les mêmes caractères que les nodules précédents. Les ganglions épitrochléens ne sont pas engorgés. Pas de ganglions sus-claviculaires. Il survient de temps en temps des douleurs dans les jambes sous forme de crampes, apparaissant brusquement et forçant le malade à fléchir les jambes s'il est couché. Il a eu des phénomènes analogues dans les membres supérieurs.

Rien au cœur.

Retentissement de la voix au sommet gauche avec un peu de rudesse.

Foie normal.

Rate légèrement augmentée de volume.

Il y a de l'amaigrissement des masses musculaires en

général. L'éminence thénar est aplatie surtout à gauche. Le mollet gauche mesure, en circonférence, 1 centimètre de moins que le droit. L'avant-bras gauche paraît aussi plus grêle.

La force a diminué. On peut, sans grand effort, plier les jambes malgré la résistance du malade.

Au dynamomètre, la force est, pour la main droite, de 60, pour la gauche, de 46.

Les réflexes sont conservés.

L'excitabilité faradique est conservée partout, mais en même temps diminuée, tout particulièrement à la région antéro-externe de la jambe.

Depuis un ou deux ans, le malade a éprouvé souvent des épistaxis revenant tous les trois, quatre ou huit jours.

Ni polyurie, ni albuminurie.

L'examen du sang montre une proportion normale de globules blancs.

Outre les troubles trophiques de la peau signalés au niveau de quelques-unes de ces tumeurs, on trouve encore de larges plaques de vitiligo disséminées, occupant spécia-ement les cuisses et la région fessière. Ces plaques sont régulières plus ou moins ovales et ont une coloration afe au lait. Elles ne sont survenues qu'après l'apparition es névromes.

Examen histologique. — La tumeur enlevée au niveau u dos était allongée, entourée de tissu cellulaire, avait le olume d'un haricot, sa coloration était grisâtre, elle était ilobée, présentait, à l'une de ses extrémités, un prolon-ement ayant tous les caractères d'un tronc nerveux; à utre extrémité, plusieurs prolongements ressemblant à es fibres nerveuses hypertrophiées et tubéreuses.

La tumeur a été placée dans l'acide osmique à 1 p. 100 durcie dans l'alcool. Sur les coupes histologiques on it des tubes nerveux disséminés, épars au milieu du su conjonctif qui dissocie les tubes.

La prolifération fibreuse est telle que les fibres nerveuses nt séparées des unes des autres par des espaces mesu-nt de 10 à 15 fois leur diamètre transversal. Les tubes rveux persistent avec leur myéline bien colorée en noir r l'acide osmique et leur cylindre d'axe. Ces tubes pa-issent rester sains au mileu de tissu néo-plasique. Celui- est constitué par du tissu conjonctif fibro-élastique. Il

est possible que des tubes nerveux situés au milieu de la néo-plasie conjonctive aient disparus étouffés, mais ceux qui restent ont conservé les caractères normaux.

Sur les couches longitudinales, on voit des faisceaux nerveux séparés par de larges bandes de tissu conjonctif. Etant donné le petit volume des filets nerveux sous-cutanés où s'est développée la tumeur, on peut penser que le nombre des tubes nerveux qui auraient disparus au niveau de ces bandes conjonctives, ne doit pas être bien grand, étant donné la quantité des tubes qui persistent. Du reste, la prolifération conjonctive qui a plus ou moins envahie le centre du nerf, est bien plus développée du côté de sa périphérie où les couches ne montrent plus d'éléments nerveux.

ARCHIVES CLINIQUES

UN CAS

DE

RESPIRATION DE CHEYNE-STOKES

Par M. le Dr G. DESCOURTIS

M. Louis M., âgé de 68 ans, né à Mirecourt, marié, ren-er, entre à la maison de santé d'Ivry, le 5 avril 1887. Il mené une existence active, ne présente pas d'antécédents réditaires bien nets, et s'est lui-même toujours assez en porté.

Au mois de juin 1885, au retour de la chasse, on remar-a qu'il penchait le corps à droite. On supposa qu'il lui it arrivé un accident, mais on ne put obtenir aucun seignement de lui. Il ne s'était douté de rien. Du reste corps se redressa peu à peu, et au bout d'un certain mps la santé était redevenue parfaite en apparence.

Il est évident qu'à cette époque notre malade a eu une aque congestive qui n'a pas été bien interprétée tout bord.

Plusieurs mois se passèrent ainsi. Puis on remarqua e M. M. devenait hypochondriaque, craintif, pleurant r un rien, se croyant ruiné, en même temps que ses ces physiques diminuaient progressivement. Il survint core plusieurs petites attaques congestives qui augmen-

tèrent l'affaiblissement général, jusqu'au jour où des idées de suicide décidèrent sa famille à le placer dans une maison de santé.

A son entrée, il fut facile de constater chez lui une déchéance physique et intellectuelle des plus accusées. Il se rendait encore un peu compte de sa situation, mais c'était seulement pour se sentir perdu et pour se lamenter au moindre mot qu'on lui adressait. Il avait de l'affaiblissement marqué surtout du côté droit, et encore plutôt au bras droit qui était tout à fait impotent. Il avait aussi un peu de tremblement de la langue et des mains, mais pas d'inégalité pupillaire bien manifeste : les pupilles étaient seulement assez contractées.

En présence de ces faits, il n'était guère possible de mettre en doute l'existence de la paralysie générale à forme dépressive sans délire proprement dit. C'est du reste le diagnostic qui fut porté par tous les médecins qui approchèrent le malade, et ce diagnostic fut confirmé par la marche ultérieure de l'affection.

Mai. M. M. a eu plusieurs petites attaques congestives pendant ce mois. L'intelligence et la mémoire s'affaiblissent progressivement, et la paralysie gagne peu à peu les quatre membres. Mais l'impotence fonctionnelle reste surtout accusée au côté droit, et en particulier au bras. Presque constamment, incontinence d'urine.

Juin. Marche envahissante de la maladie. Incapacité presque absolue d'articuler un son. Emotivité exagérée, pleurs et gémissements à l'occasion de la parole la plus indifférente.

Juillet. La paralysie fait encore quelques progrès. On remarque en outre qu'elle est douloureuse, car le malade pousse des cris dès qu'on le presse un peu fortement et même à propos d'un léger attouchement. Gâtisme complet. Parole totalement inintelligible par moments.

Août. Le 1er août, le soir, M. M., après avoir bien dîné (on lui portait les aliments à la bouche), est pris subitement d'une attaque. Les globes oculaires se tournent à gauche, la tête se tourne aussi du même côté, la bouche

se dévie dans le même sens, et des convulsions généralisées éclatent, en même temps que des matières alimentaires sont expulsées dans des efforts de vomissement. Rien cependant n'avait fait prévoir cette attaque. On avait seulement remarqué, la semaine précédente, que l'émotivité morbide avait diminué, et, pendant les deux derniers jours, on avait même vu le malade gai, ne pleurant plus. Toutefois, pendant les jours qui précédèrent sa crise, il faisait souvent comprendre qu'il avait les jambes froides.

A la suite des convulsions survint une période de stertor, puis un sommeil semi-comateux, qui dura de 7 heures jusqu'à 10 heures. A ce moment, M. M. reprit spontanément connaissance, ouvrit les yeux, articula quelques mots et sembla revenir à lui. Mais cette amélioration n'était que passagère. Les jours suivants, il resta dans une somnolence continuelle; on put à peine lui faire avaler quelques cuillerées de liquide, et finalement il s'éteignit dans le coma.

Le traitement avait consisté dans l'administration de toniques au début de la maladie, de phosphate de chaux en particulier; puis les tendances congestives avaient été combattues par le bromure de potassium et par l'ergotine en potion et en injections sous-cutanées. Après la dernière attaque notamment, on avait fait de fréquentes piqûres d'ergotine (jusqu'à 5 et 6 de la solution Yvon par jour); on n'a pu empêcher l'issue fatale, mais peut-être a-t-on prolongé ainsi l'existence du patient et empêché de nouvelles manifestations convulsives.

Quoiqu'il en soit, l'intérêt principal de cette observation réside dans les modifications qu'avait subies le rythme respiratoire. Dès le 3 mai, le nouveau domestique qui avait été placé auprès du malade, avait été effrayé d'entendre la respiration s'arrêter, pour reprendre peu à peu. Pareille observation ne nous avait pas été faite précédemment, mais cette particularité n'avait pas échappé au nouveau gardien, dont l'attention était toujours en éveil. C'est ainsi qu'il put remarquer que chaque nuit, dès que le malade s'endormait, sa respiration s'arrêtait, pendant un certain temps, pour reparaître ensuite, s'arrêter de

nouveau, puis reparaître encore, et cela indéfiniment, tant que durait la période de calme pendant laquelle le malade dormait. Au contraire, dès qu'il se réveillait, ou dès qu'il s'agitait dans son sommeil, la respiration devenait régulière et ne s'arrêtait plus. Pendant la journée, le malade ne dormait jamais ; aussi n'observait-on jamais semblable phénomène, et la respiration demeurait régulière.

La même situation se prolongea jusqu'au moment où survint l'attaque épileptiforme. Un fait seulement est à noter. Au dire de son domestique, la respiration s'arrêtait peu à peu, cessait tout à fait, puis reprenait subitement avec une grande fréquence et une grande intensité. Nous dirons plus loin ce que nous pensons de ce fait.

Pendant les jours qui suivirent son attaque, avons-nous dit, M. M... resta dans une sorte d'état semi-comateux, et c'est alors qu'il nous fut possible d'étudier le phénomène à loisir.

Deux périodes se succédaient indéfiniment : une période où la respiration était abolie, et une autre où elle reparaissait. On a donné à la première de ces périodes, le nom d'apnée et à la seconde le nom de dyspnée. Nous acceptons volontiers le premier de ces termes, car il correspond à la disparition complète des mouvements respiratoires. Quand au second, nous le croyons mal choisi. Il ne correspond aucunement à une difficulté dans les mouvements respiratoires, mais bien à une augmentation dans leur nombre et dans leur énergie. S'il nous était permis d'employer ce mot, nous dirions donc qu'il y avait *hyperpnée* et non dyspnée.

Voici en effet comment les choses se passaient.

Au milieu d'une phase respiratoire, on voyait les mouvements diminuer peu à peu d'énergie, et finalement, cesser tout à fait. Des mouvements extrêmement faibles s'observaient ensuite, prenaient progressivement de l'intensité, devenaient plus fréquents, arrivaient à un summum où ils se maintenaient pendant quatre ou cinq secondes, puis diminuaient de nouveau comme force et comme fréquence pour disparaître enfin totalement.

Comme force et comme fréquence, les mouvements

respiratoires étaient bien supérieurs à ce qu'ils sont à l'état normal, au milieu de cette période d'hyperpnée.

La période de respiration, ou d'hyperpnée, comme nous avons dit, durait de 42 à 49 secondes. Elle était en moyenne de 45 secondes.

La période d'apnée durait de 13 à 18 secondes. Elle était en moyenne de 16 secondes..

De sorte que dans l'espace d'une minute, un cycle complet était parcouru; et ce phénomène persista sans aucune variation pendant plusieurs jours, jusqu'au moment où la mort survint.

La respiration était presque exclusivement abdominale. Au moment où elle commençait à s'établir, on voyait un faible tressaillement au niveau du creux épigastrique, comme on voit parfois la pointe du cœur repousser légèrement la paroi thoracique. Un second soulèvement se produisait ensuite; puis on entendait l'air pénétrer dans les poumons; la région épigastrique et les parois abdominales se soulevaient énergiquement; une série de respitions comparables à des soupirs, se succédaient avec rapidité; enfin, tout se calmait dans une phase descendante analogue à la phase ascendante que nous avons décrite.

Nous comprenons, toutefois, qu'un examen superficiel ait pu faire croire que la respiration reprenait brusquement avec intensité. Il était nécessaire de mettre le creux épigastrique à nu pour saisir le phénomène à son point de départ.

Les mouvements respiratoires étaient d'environ 31 pendant la période d'hyperpnée; mais, nous l'avons dit, ils étaient d'autant plus rapprochés qu'ils étaient plus énergiques, et correspondaient alors au milieu de la phase d'hyperpnée.

Quant au pouls, il est resté invariablement petit et fréquent. Il battait en moyenne 118 fois par minute, sans élévation notable de la température.

Nous avons pris le tracé sphymographique avec l'appareil de Marey. Il était parfaitement régulier, ne variait pas pendant la période d'apnée et la période d'hyperpnée, et conservait toujours les mêmes caractères.

Notons enfin que le malade ne présentait aucune trace d'asphyxie. La face offrit la même apparence jusqu'au dernier moment. Ce fait se comprend, si l'on réfléchit que la phase d'hyperpnée compensait largement l'insuffisance de la période d'apnée. C'est même ce qui nous a semblé légitimer ce mot d'hyperpnée.

Resterait l'interprétation physiologique du phénomène. Mais là, nous en sommes réduit à des hypothèses. Nous ne pensons pas qu'on puisse songer à une lésion localisée du système nerveux capable d'amener un trouble pareil. D'un autre côté, si l'on considère que nous avions affaire à une organisation profondément affaiblie et délabrée, si l'on considère que ce sont des symptômes de paralysie qui ont toujours dominé la scène, si l'on considère surtout que ces suspensions périodiques de la respiration ne se produisaient qu'au milieu d'un calme absolu, lorsque la mise en activité du système nerveux n'était sollicitée par aucune circonstance interne ou externe, si enfin on songe à la manière dont s'affaiblissaient les mouvements respiratoires, et à la manière dont ils reparaissaient, on sera porté à croire qu'il y avait diminution et insuffisance de l'influx nerveux nécessaire pour mettre en activité l'appareil respiratoire. Quant au caractère intermittent du phénomène, nous ne chercherons pas à l'interpréter, nous bornant à faire remarquer que tout est intermittence dans la vie physiologique des organes, jusqu'aux contractions musculaires qui déterminent le phénomène normal de la respiration.

UN GOITRE INÉDIT

Par M. le Dr Maurice FUSIER

Par ce temps où la cachexie strumiprive est à l'ordre du jour, il ne me paraît point absolument dénué d'intérêt de faire, en quelques lignes, d'histoire d'un goître développé dans des circonstances curieuses et réellement exceptionnelles.

Je n'ai, pour ma part, point trouvé d'exemple analogue dans les auteurs : Il s'agit d'un goître survenant chez un sujet sain, sans cause apparente, aucune et en dehors précisément de toutes les conditions généralement reconnues comme favorables à la naissance et au progrès de cette affection.

Observation. — Quésel, Albert, est âgé de 25 ans. Il est d'une taille au dessus de la moyenne et vigoureusement charpenté. Elevé à la campagne, il a vécu presque constamment au grand air et ne se rappelle avoir eu aucune maladie sérieuse. La dentition s'est faite d'une façon régulière (1) : Les dents actuellement sont excellentes et fort bien implantées.

La tête est de volume moyen, la figure sans signes particuliers, la boîte crânienne correctement développée :

(1) On sait que pour Baillarger, l'évolution tardive de la dentition constituerait un des symptômes les plus constants du crétinisme.

un peu de brachycéphalie. Voûte palatine normalement construite. Pas le moinde trouble des sens. Pas de tendance accusée au lymphatisme. Quésel a fait son service militaire et il navigue depuis un an en qualité de chauffeur à bord des paquebots. — Très bon sujet.

Voilà pour l'individu.

Les antécédents héréditaires ne sont pas moins satisfaisants : Ascendants directs et collatéraux d'une bonne santé et également à l'abri du goître et de toute manifestation scrofuleuse.

Reste le pays. Quésel est né à Arvillard (Savoie) et je sais qu'on a libéralement accordé à ce département le monopole du goître et du crétinisme en France.

Je suis malheureusement obligé de constater, en dépit même de cette théorie (quelque peu ébranlée déjà, à ce que je crois) que le village d'Arvillard est une localité des plus saines, bien orientée, propre, riche en eau de bonne qualité et en soleil.

Malgré cette absence de causes prédisposantes, Quésel vit, il y a 6 mois environ, pendant un voyage dans les Antilles, sa thyroïde prendre un accroissement anormal.

Le développement, portant également sur les deux lobes, fut uniforme, assez lent, mais régulièrement progressif, de façon à constituer, au bout de 3 mois, ce qu'on appelle le cou plein.

Etait-ce l'effet de chaleurs humides, auxquelles ce navigateur novice était peu habitué encore ? D'autres, exactement dans le même cas, ne furent point atteints.

Etait-ce le résultat de grandes quantités de liquide absorbées avec avidité ? Mais tous les camarades de Quésel se trouvaient fatalement condamnés aux mêmes excès (1).

(1) « Le goître se manifeste quelquefois d'une façon aiguë et sous « forme épidémique. On le voit alors se déclarer pendant l'été chez « des individus tels que des moissonneurs, des militaires, des éco- « liers qui ont bu, avec avidité et à la régalade, de l'eau relative- « ment très fraîche ; ou bien encore chez des militaires qui, dans un « changement de garnison, ont passé brusquement d'une région « chaude dans une région très froide. Cette variété de goître, con- « nue sous le nom de goître estival épidémique, affecte ordinaire- « ment un marche aiguë et disparaît en même temps que les causes « qui l'ont occasionnée. » (Luton. — Article *Goître*, Dictionnaire de Jaccoud.)

D'ailleurs le retour en Europe et un séjour d'un mois à Marseille n'apportèrent aucun changement à l'évolution du processus morbide.

Pour être plus lent aujourd'hui, le développement du goître n'en continue pas moins.

Il n'a point acquis de proportions véritablement gênantes, le timbre de la voix et un peu de gêne respiratoire ne décèlent point encore un commencement de compression qui invite à intervenir ; son volume est de nature cependant à attirer l'œil le moins exercé, si bien que, le propriétaire, fort peu soucieux cependant de sa personne et de l'esthétique, se décide à réclamer des soins.

Jusqu'ici, j'avais systématiquement laissé tout traitement à l'écart, d'abord parce que je comptais que l'incessante modification des conditions climatériques (1) dans lesquelles se trouvait mon sujet, que l'air de la mer, la nourriture saine et abondante allouée aux équipages des paquebots et en particulier aux chauffeurs, auraient été les éléments suffisants, sinon d'une guérison radicale du moins d'une rémission sensible (2).

Depuis un mois et demi j'ai soumis Quésel au traitement ioduré interne et externe (potion iodo-iodurée et application de coton iodé).

Le résultat, pour n'être pas absolument négatif, n'en est pas moins insignifiant. Quoi qu'il en soit et qu'il en advienne, il reste une étiologie à dégager, étiologie en désaccord, au moins apparent, avec les données généralement admises.

(1) Des faits nombreux d'amélioration et même de guérison du goître par le seul changement de climat ont été rapportés par les auteurs et notamment par Fodéré.

(2) Une condition causale plus importante peut-être que l'altitude, c'est l'éloignement des bords de la mer; l'intensité du crétinisme dans une région paraît être, toutes choses égales d'ailleurs, en raison directe de la distance à la mer, dont le littoral semble jouir, sous ce rapport, d'une sorte d'immunité. (Lunier. — Article *Crétinisme*, Dictionnaire de Jaccoud.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCOLOGIQUE

Du Délire chronique. *(Suite.)*

Après avoir passé en revue les observations, M. Séglas, en bon calculateur, additionne les stigmates physiques qu'il a rencontrés : « Microcéphalie, acrocéphalie, asymétrie, cranio-faciale, malformation de la voûte palatine, déformations auriculaires multiples, tic facial, bégaiement, menstruation tardive. »

Puis, pour le côté psychique : « Retard de développement dans l'enfance, la parole tardive, l'instabilité et la faiblesse d'esprit, les altérations du caractère, des sentiments, et même ces états émotifs particuliers des héréditaires. »

Messieurs, pour ces derniers stigmates, les syndromes épisodiques, nous avons vu, il est bon de le rappeler, qu'ils n'existaient pas chez ces aliénées; mais malgré leur absence, il est évident que tous ces signes réunis sur une seule et même tête suffiraient à caractériser une dégénérescence des plus complètes. Toutefois, il n'en sera plus de même si nous jetons les yeux, non point sur ce *malade synthétique* de M. Séglas, mais sur chacune des malades que nous avons examinées; sur chacune d'elle, nous ne trouvons plus cet ensemble de stigmates, mais seulement l'un ou l'autre d'entre eux; et il ne viendra à l'idée de personne de faire entrer forcément dans le cadre des dégénérés tout individu dont l'une des bosses frontales sera aplatie, ou dont le vertex ou le maxillaire inférieur seront

proéminents, ou bien encore tout homme qui bégaiera ou louchera, ou dont le caractère sera inégal, emporté, violent, etc. Non, nous savons que l'un ou l'autre de ces signes, considéré isolément, ne saurait impliquer la dégénérescence et qu'une intelligence bien pondérée peut s'associer à du strabisme et du bégaiement.

Après cette discussion clinique, M. Séglas cherche à mettre en contradiction les idées émises d'un côté par MM. Garnier et Briand dans leur communication, et par moi dans des leçons, et d'un autre côté par quelques-uns de mes anciens internes, dans diverses publications.

Dans leurs travaux personnels, mes élèves conservent, M. Séglas n'en doute pas, leur complète indépendance, si bien que j'ai eu moi-même à critiquer certaines parties du travail, d'ailleurs fort intéressant, de M. Gérente. Je n'admets nullement et je n'ai jamais admis un délire chronique à base hypochondriaque, l'hypochondrie n'est point la première période du délire chronique.

Plus loin, M. Séglas me fait dire « que le délire chronique peut être accompagné ou non d'hallucinations. » C'est là évidemment une erreur, l'hallucination auditive est un des éléments essentiels du délire chronique, lors du passage de la première à la seconde période, c'est-à-dire de l'inquiétude, des interprétations délirantes aux idées arrêtées de persécution, il peut se faire que l'idée nette de persécution s'installe la première sans hallucination ; mais cette idée, par son caractère obsédant, ne tarde pas à stimuler, à exciter le centre vertical et à éveiller ainsi l'image tonale, l'hallucination en retard. C'est là, sans doute, ce qui a fait supposer que j'admettais un délire chronique sans hallucinations. J'ajouterai qu'à la seconde période (période de persécution) je n'ai pas vu un seul cas de délire chronique sans hallucinations.

M. Séglas rappelle, enfin, une observation que j'ai publiée de délire chronique chez un épileptique. Cette existence ne prouve nullement que le délire chronique soit l'œuvre d'un débile. Il est des épileptiques, non pas ceux des asiles, mais ceux que l'on observe dans la famille, qui en dehors des manifestations parfois très rare de la né-

vrose convulsive, n'offrent absolument aucun trouble intellectuel.

Puisque l'épilepsie peut ainsi se présenter chez un individu intelligent et bien pondéré, rien ne s'oppose, il me semble, à ce que, dans des conditions données, elle puisse exister avec le délire chronique dont le développement réclame toujours une certaine activité intellectuelle. Du reste, ces cas sont très rares et ce n'est pas sur des faits complexes et exceptionnels que nous désirons établir le délire chronique ; j'en parle ici simplement pour répondre à l'objection de notre collègue.

L'argumentation de M. Séglas porte ensuite sur l'évolution du délire chronique et il donne comme exemple contradictoire de sa marche lente, progressive, méthodique, l'observation VIII sur laquelle je me suis déjà arrêté et où nous voyons le délire ambitieux se développer cinq ans après et non deux ans après le début de la maladie.

Plus loin, M. Séglas, fouillant dans l'excellente thèse de M. Legrain sur « Le délire chez les dégénérés », relève quelques points faibles et s'en fait une arme contre le délire chronique. Mais je dirai à M. Séglas que je n'ai pas attendu son argumentation pour critiquer chez M. Legrain l'expression de *délire à évolution chronique des dégénérés*, d'autant mieux que les observations données par M. Legrain montrent surabondamment que cette évolution des dégénérés est tout autre que celle des délirants chroniques.

Puis encore M. Séglas s'empare avec empressement de cette idée émise par M. Legrain que le délire chronique peut se montrer chez le dégénéré. Il s'agit là de faits tellement exceptionnels qu'ils ne peuvent en rien modifier les grandes lignes assignées au délire chronique. Cette espèce pathologique se développe seulement chez des sujets dont le niveau mental est assez élevé, aussi ne se voit-elle jamais chez l'imbécile; toutefois les dégénérés supérieurs, les simples déséquilibrés qui sont intelligents, pourraient sous ce rapport prétendre au délire chronique, mais ils y sont rendus réfractaires par certaines dispositions qui leur sont propres et notamment par l'instabilité prédominante de

leur caractère et par cette inégalité si curieuse et si remarquable de leur intelligence. C'est ainsi que je m'explique pourquoi le délire chronique est une rare exception, même chez le simple déséquilibré.

Arrivé à la fin de son discours, M. Séglas nous dit qu'il ne comprend plus rien au délire chronique. Ce n'est pas étonnant, car dans son argumentation, j'allais dire dans sa plaidoirie, il a fait, en véritable avocat adverse, tout son possible pour embrouiller la question. Mais, Messieurs, ce qui vaut mieux que les théories et les raisonnements, ce sont les observations elles-mêmes, et certainement vous avez été frappés de ce fait que plusieurs des malades choisies justement par M. Séglas, examinées il y a deux, trois et quatre ans par MM. Garnier et Briand et par moi, s'étaient présentées à cette époque avec des hallucinations et un délire de persécution d'une nature particulière, un délire qui nous avait permis de prévoir que ces malades persécutées deviendraient ambitieuses. C'est précisément parce que la clinique nous permet de reconnaître un groupe déterminé de malades qui, par des étapes successives, passent de l'inquiétude, des interprétations délirantes aux hallucinations et aux idées de persécution, puis aux idées ambitieuses et finalement à la dissolution mentale; c'est parce que, dès le début du délire, nous pouvons prévoir cette longue et méthodique évolution que nous avons pensé qu'il fallait désigner cette espèce pathologique sous un nom particulier, le délire chronique, auquel nous ajoutons, à *évolution systématique*, pour bien indiquer sa marche et les modifications successives et constantes qu'elle présente.

M. J. Séglas. — Messieurs, les objections que me fait M. Magnan ne laissent pas que de me surprendre étrangement à bien des points de vue. Tout d'abord, les considérations qu'il émet aujourd'hui à propos du rôle de l'hérédité dans les dégénérescences diffèrent assez, ce me semble, de ce qu'il disait ici même l'an dernier, à propos des folies héréditaires; car pour lui, aujourd'hui, l'action de l'hérédité ne serait plus prépondérante, et il fait intervenir dans une large mesure les causes diverses mises d'ailleurs

en relief par plusieurs de nos collègues. Les antécédents héréditaires, cependant assez chargés de mes malades, n'ayant par suite plus pour lui d'importance, je n'y reviendrai pas.

En ce qui concerne mes observations, l'enquête particulière à laquelle M. Magnan a soumis mes malades, le soin tout spécial avec lequel il cherche à réfuter la plupart des faits que j'ai avancés, me prouvent que mes arguments ont bien pu porter juste.

M. Magnan développant le texte même de mon travail, me reproche, à mon grand étonnement, des faits que je n'ai même pas signalés. Ainsi, dans l'obversation I, il trouve que le malade s'exprime clairement, articule bien les mots, n'a pas de blésité... Je n'ai jamais dit le contraire et j'ai noté seulement que Mlle M... n'a parlé qu'à sept ans ». C'est le retard seul de la parole que j'ai mis en relief ; d'un autre côté, M. Magnan, qui n'a interrogé que la malade, me conteste le chiffre de sept ans pour admettre celui de cinq ans. Je dirai une fois pour toutes que mes renseignements m'ont été fournis par les familles, très affirmatives sur tous les points que j'ai avancés et assurément mieux renseignées sur l'enfance de la malade que la malade elle-même. D'ailleurs, le fait même de n'avoir parlé qu'à cinq ans, en adoptant cette date, me semblerait bien avoir son importance, et je ne pense pas que ce soit là pour M. Magnan l'époque normale du développement de la parole chez l'enfant. De même, notre collègue nous apprend que cette malade sait lire, contrairement à ce que j'aurais avancé. Je n'ai jamais dit cela : je sais que la malade lit aujourd'hui, mais elle n'a appris que bien tard, vers l'âge de vingt ans, je crois, aussi, ai-je dit : « Elle est allée plusieurs années à l'école, mais *n'y* a jamais appris à lire, elle était d'ailleurs très paresseuse ». D'un autre coté, je n'ai jamais dit non plus qu'elle eut des perversions sexuelles, j'ai noté simplement les goûts de la malade étant enfant, assez bizarres pour que la famille les ait remarqués d'elle-même ; il en est de même à l'époque des règles. Relativement à ses changements répétés de place, la plupart des certificats des différentes maisons ou elle a

été placée et qu'on a pu consulter, viennent à l'appui du fait que j'ai avancé. Enfin, si j'ai signalé sa lettre d'injures à sa mère relativement au rachat de son frère, ce n'est pas sûrement pour en faire une preuve de dégénérescence, mais pour montrer une fois de plus ce fait curieux de l'importance sur les idées délirantes actuelles de certains faits passés, car le frère de la malade est aujourd'hui son principal persécuteur,

Obs. II. — Pour cette malade, M. Magnan la trouve très bien conformée et, dit-il, ne l'eût jamais reconnue au portrait que j'en avais fait, car je l'ai dépeinte comme microcéphale, acrocéphale, prognate. En se reportant au texte même de ma communication, on verra que j'ai été beaucoup plus modeste qu'on pourrait le croire d'après le résumé donné par M. Magnan, ainsi je dis « que le front est étroit et fuyant, le vertex relevé produisant un *certain* degré d'acrocéphalie ». Le mot acrocéphalie voulant dire tête pointue d'une façon générale, on peut être, ce me semble, acrocéphale à tous les degrés, de même que myope ou rachitique, on n'en appartient pas moins au type de l'acrocéphalie. J'ai dit aussi que la tête était petite, en voici les dimensions qui dénotent incontestablement un crâne au dessous de la moyenne : diamètre antéro-postérieur (glabello-iniaque) 16,2 ; diamètre transverse-maximum, 13,2; circonférence de la base, 50 ; demi-courbe antérieure, 24; courbe antéro-postérieure, 30; courbe transverse, 25.

M. Magnan a exprimé le regret que la photographie de la malade ne puisse être présentée à la société. Je suis en mesure de satisfaire immédiatement à ce désir, et sur ces deux photographies que j'ai l'honneur de vous montrer, vous pourrez, messieurs, vous rendre compte de la réalité des faits que j'avance. Vous y verrez aussi le « *très léger* » degré de prognathisme que j'avais noté chez cette malade et les déformations de l'oreille (helix mal ourlé, pli transversal de la conque, de plissement de l'oreille, adhérence du lobule, etc.), dont M. Magnan ne parle pas, sans doute parce qu'il les a constatés comme moi. Quant à l'asymétrie de la voûte palatine que M. Magnan attribue à ce fait que

j'ai pu prendre une cicatrice pour la suture médiane, je ne m'y suis pas trompé et, pour moi, l'asymétrie chez ma malade est surtout constituée, comme je l'ai dit, par le développement plus grand du maxillaire du côté droit et l'abaissement du niveau de l'arcade dentaire de ce côté. Enfin l'état de débilité mentale de cette malade me semble incontestable et se révèle dans son langage, son attitude, son délire même. Je signalerai à ce propos ce fait qui me paraît avoir bien son importance, c'est qu'elle s'est prêtée de la meilleure grâce du monde à mes essais photographiques, qu'elle a posé six fois sans autre objection que le négligé de sa toilette. J'avoue que je n'ai jamais réussi de cette façon à photographier mes autres persécutés, en général défiants et soupçonneux. Enfin après être allée huit ans à l'école, elle sait lire, mais écrire à peine, et ne compte guère : toutes choses qui ne seraient pas incompatibles cependant avec son état de cuisinière, ainsi que semblerait l'objecter M. Magnan.

Obs. III. — A en croire l'argumentation de M. Magnan, le sujet de cette observation présenterait quelques uns des syndromes épisodiques des héréditaires. Jamais je n'ai émis cette opinion, n'ayant rien constaté de semblable chez elle. Cependant cela, paraît-il, ressortirait de la phrase suivante. « Elle a toujours eu la manie de la propreté un peu comme son père. » Je ferai remarquer que j'ai ajouté trois mots à la fin de cette phrase et ces trois mots « *nous dit-on* » indiquent clairement, à mon avis, que c'est là un renseignement qu'on m'a donné et non un fait que j'ai constaté. La malade serait une méticuleuse, poussant la propreté à l'exagération, mais ce serait tout ; son père, au contraire, à ce qu'on m'en a dit, aurait été plus frappé. Je n'y insiste pas, l'importance de l'hérédité étant maintenant secondaire pour M. Magnan. Je ferai remarquer seulement que la malade n'a pas nié ces faits, mais les a expliqués à sa façon, comme elle explique tout, par exemple la mort de ses frères. C'est la persécutée la plus méfiante que je connaisse, et comme elle désire sa sortie, il suffit qu'on lui pose une question pour qu'elle se méfie et donne de tout

me explication presque plausible. Je préfère aux renseigne-
ents qu'elle fournit, ceux que j'ai pu recueillir par diffé-
ntes personnes de sa famille, qui m'ont appris de cette
çon qu'elle a eu des attaques de nerfs. Quant à l'époque
s règles ayant eu trois renseignements différents, 18 à 19,
à 20, 20 à 22 ans, j'ai tout simplement pris la moyenne.

Obs. IV. — De cette observation, j'ai peu de chose à
sinon que M. Magnan, qui signale aussi le bégaiement,
lie de nous dire, ce qui a cependant son importance,
tous les frères et sœurs de la malade, au nombre de
ainsi que son père, étaient également bègues. Elle est
i asymétrique faciale et a eu la chorée.

s. V. — J'avais signalé chez cette malade l'impor-
e qu'elle attachait au nombre trois. J'ajouterai aujour-
i qu'outre le fait de remuer les doigs 1, 2, 3, il lui
ait de cligner les yeux trois fois de suite. Quand elle
pouvait dormir, elle buvait trois verres d'eau, les deux
miers ne produisaient aucun effet, mais le troisième
ormait de suite. Il lui est arrivé aussi de marcher
un certain sens et dans certaines positions, les bras
biles ou animés d'une sorte de mouvement cadencé,
ux fixés à une certaine hauteur ; puis elle marchait
ême en sens inverse. les yeux toujours à la même
ur, et il ne fallait pas faire plus de pas d'un côté que
tre. M. Magnan prétend que cela est le fait d'hallu-
ons ; je ne le nie pas, mais n'en suis pas sûr non
et en admettant que ce soit, il me semble bon de
remarquer que l'hallucination est un symptôme assez
tif pour que le malade entre pour quelque chose dans
me particulière qu'elle revêt ; et c'est ainsi que ce
e « tout devait aller par trois », me semble bien
son importance. M. Magnan signale aussi l'asymétrie
légère, mais il trouve la malade intelligente. Tel
pas mon avis et un certificat de M. Legrand du
, que j'ai cité, vient à l'appui de ma manière de
Je dirai aussi que pour une persécutée sans idées de
eur, Mme G... prend ses malheurs du bon côté, et les
e en riant, d'un ton généralement assez jovial, sa

bonne humeur est peut-être due à la prédominance chez elle des hallucinations consolantes qui la soutiennent dans ses épreuves.

Obs. VI. — En ce qui concerne la malade qui fait le sujet de cette observation, je ne puis accepter en rien les objections qui me sont faites par suite des renseignements circonstanciés que j'ai eu sur elle. J'avais dit dans ma première communication que lorsque Mme G... « sortait de chez elle, au lieu de tourner à droite par exemple pour aller directement à son but, elle tournait à gauche, remontait quelques pas, traversait la chaussée et arrivée sur le trottoir opposé tournait alors à droite pour reprendre la bonne direction ». Elle aurait dit à M. Magnan que c'était parce qu'elle entendait moins les voix d'un côté que de l'autre ; outre qu'elle ne m'a jamais donné cette explication, malgré mes demandes, cela pour une persécutée me paraît peu logique, puisqu'elle ne changeait pas en somme sa direction pour aller à son but. Mais pour moi un fait décisif, c'est que cette habitude existait bien avant le début de la maladie, et des personnes qui ont connu la malade ont remarqué cette habitude chez elle avant l'âge de vingt ans. Et le fait se produisait non seulement quand elle sortait de chez elle, en dernier lieu, mais aussi dans ses résidences successives et même quand elle rendait visite aux personnes de sa connaissance dans des quartiers où elle ne connaissait personne autre, et cette manie était tellement apparente que lorqu'elle descendait, on se mettait à la fenêtre « *pour la voir faire son tour*. » Quelquefois, étant en promenade avec une de ses amies, elle lui disait de l'attendre, puis passait de l'autre côté de la rue et revenait après quelques pas en sens inverse de celui qu'elle avait pris en partant, de telle sorte qu'elle avait *fait le rond*. Par moments aussi, lorsqu'elle passait sur un trottoir, elle avait la manie de marcher au centre de chaque pierre en évitant les interstices. Elle a toujours eu la manie de ranger et de laver tout chez elle à grande eau ; après tout ce qu'elle faisait, plus de dix fois par jour, elle se lavait les mains. Quant on lui donnait de l'argent ou

n'importe quoi, elle s'essuyait les mains sur sa robe « *comme si on lui avait sali le bout des doigts.* » Et cela se produisait quelle que fût la personne qui lui présentait l'objet. L'autre jour encore, une de ses amies venue pour la visiter lui ayant donné un bouquet de violettes, elle l'a changé de main pendant plusieurs minutes en s'essuyant les mains à chaque fois. Elle se coiffait et se décoiffait vingt fois par jour ; elle n'aimait pas et brutalisait les animaux, elle a toujours été grossière. Elle a toujours bégayé et, aujourd'hui encore, ce bégayement est des plus évidents. Quant à son tic facial, je ne puis accepter l'explication qu'en fournit M. Magnan. C'est bien un tic spasmodique et non un mouvement exécuté dans le but de s'humecter les lèvres en parlant, ni un geste de dédain. On lui a toujours vu ce tic, et même nous dit-on « à force de le faire » elle s'est rétréci le côté droit de la figure. Ce qui prouve que l'asymétrie faciale a, elle aussi, été remarquée par les personnes qui l'approchaient. Le tic facial est par instant très accentué, et l'autre jour encore la surveillante, qui l'employait chez elle à des ouvrages de couture, a remarqué qu'il se produisait tout le temps, pendant qu'elle travaillait et sans qu'on lui parle. Quant à son habitude de prendre des voitures, la chose a été certifiée et elle a même une fois été obligée de mettre en gage des bijoux pour payer sa course. Dès lors, le fait de descendre avant l'arrivée ne peut s'expliquer par des raisons d'économie.

Obs. VII. — Je ne dirai rien de cette malade, que M. Magnan n'a pu examiner. Les faits que j'avance, en particulier l'absence des hallucinations, ont été constatés et même notés dans les certificats par M. Falret lui-même. L'observation de cette malade a été prise à une époque où je ne songeais guère à faire un travail sur le délire chronique, par M. Poulalion, interne du service qui a bien voulu me communiquer ses notes. J'ai d'ailleurs pu constater par moi-même tous les faits qui y sont notés. J'ajouterai que les dimensions du crâne de cette malade sont encore inférieures à celles que j'ai données pour la malade qui fait le sujet de l'observation II.

Obs. VIII. — Le seul point en litige dans cette observation serait le début du délire, qui, pour moi, aurait commencé en 1884 et, pour M. Magnan, en 1881, la malade se plaignant qu'une voisine, dès cette époque, lui jetait de la poussière sous sa porte. Je n'ignore pas ce fait, mais il s'agit de l'interpréter. J'ai récemment encore interrogé la malade à ce sujet, et après avoir avoué le fait, elle a ajouté que cette voisine, ayant la paresse de descendre les ordures, trouvait plus simple de pousser avec son balai sa poussière sous sa porte. Cela lui était désagréable parce qu'elle recevait des clients chez elle. « Mais, *ajoute-t-elle elle ne le faisait pas par malice, mais par négligence, et je ne m'en préoccupais pas autrement.* » Cette réponse nous a été faite en présence de M. Falret et de MM. Besançon et Perrin, internes du service. La malade a affirmé aussi à plusieurs reprises n'avoir réclamé qu'en 1884, et encore non pas à cause des injures, mais à cause de la tentative d'assassinat.

D'après la réponse ci-dessus, il semble donc bien que la malade à cette époque n'accusait pas comme aujourd'hui sa voisine de mauvaises intentions à son égard, et si maintenant elle l'englobe dans son délire, n'est-on pas autorisé à voir là un fait de délire rétrograde, de ce délire palingnostique des Allemands, que d'ailleurs Lasègue avait déja mis en relief, et qui est des plus fréquents surtout dans les états mélancoliques, où souvent le malade va chercher dans son enfance le sujet de ses préocupations du moment. Un fait qui pourrait venir à l'appui de notre manière de voir, c'est que Mlle B. remonte plus loin même que 1881 et pour appuyer ses idées de grandeur actuelles, raconte toute une histoire de substitution dans son enfance, d'éducation chez des pères nourriciers, etc... Ce ne sera certes pas une raison pour faire remonter le délire à cette époque.

Telles sont, pour chacune de mes observations en particulier, les réflexions que j'avais à faire.

A un point de vue plus général j'attacherais, suivant M. Magnan, une importance trop grande aux stigmates physiques. Mais je ferai remarquer que je n'ai fait à ce

sujet aucune réflexion spéciale dans mes observations, ni mis en relief un symptôme plutôt qu'un autre. Pour moi elles ne valent que par leur ensemble. Ce n'est pas parce qu'un individu aura un lobule sessile que je le considérerai comme un dégénéré, j'ai déjà écrit le contraire; mais c'est parce qu'avec cela il aura de l'hérédité, un retard quelconque de développement, une intelligence faible, etc... Il est en pathologie nerveuse une règle que j'ai souvent entendu émettre et que je n'ai garde d'oublier, c'est de considérer le malade dans son existence tout entière et comme le représentant d'une famille. Et il me semble que cette pensée qui me guide doit bien paraître dans la façon dont j'ai exposé l'histoire de mes malades en bloc et sans commentaires. Cela n'empêche pas de noter en passant un phénomène anormal, fut-il même d'une importance secondaire. C'est comme les hachures dont la réunion dans un dessein arrive à former une ombre. D'ailleurs, si en terminant j'ai énuméré les tares rencontrées chez mes malades, je n'ai fait qu'exposer un résumé et non créer un type synthétique.

Si d'un autre côté, ces stigmates pris isolément ne sont pas très accentués, cela tient justement à ce que nous avons affaire ici à des gens déjà élevés dans l'échelle des dégénérescences; mais si faibles qu'ils soient, cela n'est déjà pas mal de rencontrer chez eux des vestiges de ces tares physiques presque caractéristiques des états inférieurs, de l'idiotie par exemple.

Quant à ne pas exister chez mes malades, je me permettrai de faire observer à M. Magnan que sa constatation n'a pas pour moi force de loi. Je les ai vus pour ma part à plusieurs reprises, je les ai fait contrôler par plusieurs personnes du service, M. Falret a lui-même constaté la présence de la plupart d'entr'eux, et j'ai eu soin de ne noter que ceux dont l'existence, par suite d'examens répétés et faits par différentes personnes, me paraissait indiscutable.

D'ailleurs qu'importe leur existence, puisque lorsqu'il les trouve chez mes malades, M. Magnan ne les signale pas ou nie leur importance dans l'espèce. Nous serions

très obligé à M. Magnan de vouloir bien pour éviter à l'avenir toute confusion, nous dresser une liste des stigmates physiques qu'il regarde comme caractéristiques de la dégénérescence. Cela sera peut-être facile; mais il faudrait aussi qu'il en détermine le degré d'intensité. Cela sera plus difficile. Je suis fort étonné que M. Magnan tienne aujourd'hui un tel langage quand, l'an dernier, dans les discussions sur la folie héréditaire, il admettait sans réserve les stigmates physiques, mis en lumière par Morel et cités par M. Falret, et décrivait même comme tels des anomalies du fond de l'œil. Aujourd'hui, pour être dégénéré, il faut présenter des stigmates psychiques, les syndromes épisodiques. C'est là un principe que M. Magnan pose, mais tout le monde n'envisage pas la question au même point de vue que lui. Et tout en reconnaissant que dans les délires émotifs on rencontre le plus souvent l'hérédité, il y a loin de là à en faire des stigmates psychiques, les seuls caractéristiques de la dégénérescence; il y a une différence entre un syndrome et un stigmate. De plus, je rappellerai même que certains auteurs admettent la présence des idées fixes en dehors de l'hérédité. Enfin je ferai remarquer que l'idiot, le type des dégénérés qui a des stigmates physiques si apparents, ne présente pas d'habitude les syndromes épisodiques ou stigmates psychiques de M. Magnan, que nous trouvons d'ailleurs chez deux de mes délirantes chroniques. Je terminerai en disant qu'en ce que concerne les renseignements sur certaines particularités de la vie antérieure des malades, je crois plutôt à ceux qui m'ont été donnés de différents côtés par les familles qu'à ceux qu'a pu recueillir M. Magnan qui n'a vu que les malades seules.

Quant à la seconde partie de ma communication, celle à laquelle je tiens le plus, puisque j'avais dit considérer mes observations comme « superflues, » M. Magnan n'y répond guère. Il laisse ses élèves responsables de leurs opinions et des faits observés dans son service, passe complètement sous silence les observations semblables aux miennes de MM. Boucher et Dericq qui, pour sa part, a, comme je l'ai dit précédemment, rapporté dans sa thèse trois cas de débilité mentale avec délire chronique. —

M. Magnan critique aussi les délires à évolution chronique des dégénérés de M. Legrain, sans dire cependant sa façon de comprendre ces faits là, car je ne pense pas qu'il songe à nier leur existence. Enfin, il déclare ne pas admettre du tout le délire chronique tel que le décrit M. Gérente. Il y a donc plusieurs théories du délire chronique. C'est, en somme, ce que je tenais à faire constater, et il me semble en résulter, comme je l'ai déjà dit, qu'il y a bien de la confusion parmi les partisans eux-mêmes du délire chronique au sujet de cette forme psychopathique prétendue si simple et si claire.

M. Féré. — Il y a, dans la discussion à laquelle nous venons d'assister, en dehors de la question du délire chronique admis par les uns, contesté par les autres, une question de faits affirmés par l'un, niés par l'autre. Une acrocéphalie, du prognathisme ou une asymétrie de la voûte palatine, constituent des phénomènes faciles à apprécier même pour des observateurs différents.

Je demande qu'il soit nommé une commission chargée d'examiner si ces phénomènes existent oui ou non sur les malades qui ont fait l'objet de cette discussion.

M. Falret. — Il s'agit moins de contestation sur les faits, que des différences d'interprétation à l'égard des phénomènes présentés par les malades.

M. Charpentier appuie la proposition de M. Féré et demande que les membres appelés à faire partie de la commission soient choisis en dehors des membres qui ont pris la parole sur le délire chronique.

M. Magnan fait observer qu'il ne conteste pas les faits énoncés par M. Séglas, mais qu'il leur accorde une importance différente.

M. Féré. — Du moment que M. Magnan ne conteste pas la réalité des faits de M. Séglas, je retire ma proposition.

Séance du 26 mars 1888.

Du délire d'énormité.

M. Cotard. — Messieurs, notre distingué collègue M. le

Dr Séglas, a récemment attiré l'attention sur les formes vésaniques combinées; il a publié une observation très intéressante, dans laquelle on voit les symptômes de la mélancolie anxieuse se mêler à ceux du délire de persécution; dans une autre observation, M. Séglas a signalé l'apparition des idées de grandeur à une période avancée de la mélancolie anxieuse.

Bien que l'analyse de semblables faits pathologiques soit délicate et le diagnostic souvent épineux, il semble que la difficulté ne doive pas porter sur l'appréciation des idées délirantes elles-mêmes. On a de la peine à concevoir qu'en face d'une formule délirante, le clinicien soit embarrassé et doute s'il doit la qualifier d'idée de persécution, d'idée mélancolique ou d'idée de grandeur. Il semble, je le répète, que l'idée clairement exprimée par le malade doit se caractériser assez nettement par elle-même.

Il n'en est pas toujours ainsi. Certains anxieux appréhensifs, qui craignent d'être brûlés, torturés, coupés par morceaux, arrivent souvent à un faux délire de persécution dans lequel les conceptions elles-mêmes présentent des caractères mixtes et indécis qui les rendent inclassables dans nos catégories ordinaires. Chez d'autres anxieux, l'idée d'être un grand coupable, d'avoir commis tous les crimes, d'être le diable, d'avoir une puissance infernale, etc., aboutit à une sorte de pseudo-mégalomanie.

Je vous demande la permission de vous présenter quelques considérations sur ce faux délire de grandeur.

S'il est vrai, comme j'ai essayé de l'établir dans une précédente communication, que les idées ambitieuses germent souvent sur un état d'éréthisme psycho-moteur, on est en droit de se demander pourquoi, dans la mélancolie anxieuse où cet éréthisme moteur est évident, le délire prend une forme mélancolique et négative. Il y a là une dificulté que je ne me dissimule nullement, mais qui paraîtra peut-être moins insoluble si nous analysons avec attention l'état mental des anxieux.

Remarquons d'abord que leur éréthisme-moteur présente un caractère tout particulier, il est automatique violent, impulsif et s'accompagne de phénomène inhibitoire.

L'excitation franche des excités maniaques est absolument différente.

Il n'est pas étonnant de trouver un contraste analogue dans les conceptions délirantes.

Dans les deux états, chez les excités maniaques comme chez les anxieux, le malade éprouve le sentiment d'une puissance intérieure; mais chez ces derniers c'est une puissance malfaisante, infernale et diabolique, impuissant pour le bien, ils sont tout-puissants pour le mal.

Tantôt, le malade s'attribue à lui-même cette puissance; tantôt, refusant de s'assimiler les impulsions horribles qui se produisent en lui, et dont il a conscience, il les explique par la théorie de la possession diabolique.

Il n'y a qu'une nuance entre les délires de la culpabilité et de possession; dans la confusion mentale qu'amène l'agitation anxieuse les malades passent souvent de l'un à l'autre et se considèrent tantôt comme criminels, tantôt comme damnés et tantôt comme possédés.

Lorsque ce sentiment de puissance intérieure acquiert une intensité suffisante, il donne une sorte de grandeur aux concessions morbides.

Le malade croit qu'il est la cause de tout le mal qui existe dans le monde; il est Satan, il est l'antéchrist. Quelques-uns s'imaginent que leurs moindres actes ont des effets incommensurables; s'ils mangent, le monde entier est perdu; s'ils urinent, la terre va être noyée par un nouveau déluge. Sont-ce là des idées de grandeur? Est-ce un délire ambitieux que de se croire l'homme le plus infâme qui ait jamais existé et qui existera jamais?

Bien que mélancoliques au fond, ces conceptions se rapprochent par certain côté de la mégalomanie vraie, les malades se considèrent comme des êtres exceptionnels, uniques dans le monde, et s'attribuent, pour le mal, il est vrai, une sorte de toute puissance.

Si nous suivons ces malades dans la longue évolution de leur délire, nous voyons apparaître, à une période plus avancée dans la chronicité, des conceptions qui se rapprochent encore davantage du délire ambitieux. Le type de ces conceptions nous est fourni par les idées d'immortalité.

J'ai déjà appelé l'attention de la société, il y a quelques années, sur les idées d'immortalité des anxieux chroniques, et j'ai essayé de démontrer qu'elles se rattachaient au délire hypochondriaque et aux dispositions négatives qu'on observe ordinairement chez ces malades.

Mais il y a d'autres conceptions morbides qui accompagnent fréquemment les idées d'immortalité et qui me paraissent congénères.

Si on examine avec un peu d'attention les immortels, on s'aperçoit que quelques-uns d'entre eux ne sont pas seulement indéfinis dans le temps, mais qu'ils le sont aussi dans l'espace. Ils sont immenses, leur taille est gigantesque, leur tête va toucher aux étoiles. Une démonopathe immortelle s'imagine que sa tête a pris des proportions tellement monstrueuses qu'elle franchit les murs de la maison de santé et va jusque dans le village démolir, comme un bélier, les murs de l'église; quelquefois le corps n'a plus de limites, il s'étend à l'infini et se confond avec l'univers. Ces malades qui n'étaient rien, en arrivent à être tout.

Je répète la question que je posais tout à l'heure : sont-ce là des idées de grandeur? Les analogies avec la mégalomanie vraie se prononcent davantage, et il est malaisé de répondre.

Les malades sont dans l'infini, dans les millions et les milliards, dans l'énorme et le surhumain. Ils millionnent comme des paralytiques ou des mégalomanes, mais ils millionnent dans le sens du délire mélancolique.

C'est là, je crois, ce qui les distingue des véritables mégalomanes. Dans leur exagération et leur énormité, les conceptions gardent leur caractère de monstruosité et d'horreur. Bien loin que cette énormité soit une compensation au délire mélancolique, elle en marque, au contraire, le degré le plus excessif. Aussi, ces délirants par énormité sont-ils plus que jamais lamentables, gémisseurs et désespérés; leur attitude et leur physionomie sont toutes différentes de celles des véritables mégalomanes.

Mais il faudrait être un psychologue bien naïf pour ne pas deviner que là même, l'amour-propre finit par trouver

son compte. L'hyperbolisme du langage, les idées d'énormité. On aurait presque pu affirmer, *à priori*, avant que l'observation clinique nous y eût autorisés, que de véritables idées de grandeur devaient à la fin se développer sur ce terrain.

Une malade que j'ai citée dans mon travail sur les négations et qui, en 1882, était un véritable type de ce délire en est arrivée aujourd'hui à se croire immense; elle est tout, elle est à la fois Dieu et le diable, toute puissante pour le mal comme pour le bien, elle est la Sainte-Vierge, elle est reine du ciel et de la terre. Ce délire se manifeste surtout par moments comme par accès et alterne avec l'ancien délire mélancolique et de négation. Il arrive même que les deux délires co-existent au même moment et s'associent de la manière la plus incohérente; tantôt Mme X... est précipitée dans le néant, dans les abîmes à plus de mille pieds sous terre, tantôt elle est plus haute que le Mont-Blanc, elle est elle-même le Mont-Blanc, elle est le tonnerre, la foudre et les éclairs, tantôt elle n'existe plus, parfois elle est à la fois dans l'Inde, en Amérique et dans toutes les parties du monde.

Je me résume dans les conclusions suivantes :

1° A une période plus ou moins avancée du délire anxieux se produit souvent une pseudo-mégalomanie caractérisée principalement par des idées d'immortalité, etc., pseudo-mégalomanie que je propose de désigner sous le nom de délire d'énormité pour la distinguer du véritable délire de grandeur.

2° Ce délire d'énormité peut aboutir dans des cas très chroniques à de véritables idées de grandeur.

3° L'apparition d'idées de grandeur à une période avancée d'un délire chronique n'est pas spéciale au délire de persécution.

M. Falret. — Entre le délire d'énormité, tel que vient de nous le décrire M. Cotard, consécutif à la mélancolie anxieuse, et le délire de grandeur qui s'observe dans le cours de la paralysie générale, il y a un parallélisme très conforme à l'observation et très intéressant.

Du Délire chronique. (*Suite.*)

M. Magnan. — Les adversaires du délire chronique lui ont fait les honneurs d'une longue, minutieuse et savante discussion, il faut s'en féliciter puisque nous avons été amenés à préciser avec plus de soins certains côtés difficiles de cette espèce pathologique. La question avait été nettement posée par M. Garnier, reprise ensuite par M. Briand, mais d'où vient que cet exposé qui répond d'une manière si complète à l'observation a trouvé des contradictions ?

Assurément les discussions ne changent rien aux faits; après comme avant, nous aurons des malades qui d'abord soupçonneux, inquiets, préoccupés, se montrent hallucinés persécutés, puis ambitieux, puis enfin, après un temps plus ou moins long, s'achemineront vers la démence. Faut-il laisser ce groupe de malades à physionomie si personnelle, à marche si régulière, à pronostic constant, faut-il les laisser confondus au milieu de tous les persécutés, de tous les mégalomanes, ou bien au contraire faut-il en faire une espèce particulière dont on déterminerait de plus en plus les caractères spéciaux ? Pour ma part, je n'ai pas hésité un seul instant, et je fais tous mes efforts pour reconnaître et distinguer parmi les persécutés ceux qui sont appelés à devenir mégalomanes sans retour en arrière; ceux au contraire qui ne doivent pas s'engager dans cette route sans fin ou qui peuvent impunément être tour à tour persécutés, ambitieux, hypocondriaques, mystiques, etc., et dont le pronostic est tout différent.

Pourquoi ce qui paraît si clair et presque indiscutable aux partisans du délire chronique est-il considéré, au contraire, comme très obscur par ses adversaires.

Pour comprendre ces dissidences, il est indispensable de remonter à la source et de se bien pénétrer de ce que nos maîtres éminents, Lasègue et Morel et notre regretté Foville, ont décrit.

Lasègue (1) a eu le rare mérite de détacher du grand

(1) *Du Délire de persécution*, In *Arch. gén. de méd.*, février, 1852.

complexus symptomatique, désigné par Esquirol sous le nom de lypémanie, un groupe de malades présentant un délire partiel, dont il fait une espèce pathologique nouvelle qu'il appelle délire de persécution. Pour bien établir le type, il s'en est tenu à la période d'état, négligeant ainsi la marche de la maladie. Il a indiqué, toutefois, la période prodomique, mais il fait observer que, si certains persécutés arrivent lentement, progressivement à construire leur roman systématique, il en est d'autres chez lesquels ce travail de formation du délire est *si rapide qu'on saisit avec peine le premier degré*. Si Lasègue ne se fût pas arrêté à la *période de floraison*, comme il le dit, et s'il eût continué à suivre l'évolution et la terminaison de la maladie, il serait arrivé à ce résultat inévitable que les persécutés chez lesquels la période prodomique fait défaut, sont justement les persécutés dont il eût constaté la guérison assez prompte. Et, par suite, il n'eût pas rangé dans une même espèce pathologique, d'une part, des malades qui guérissaient presque toujours, d'autre part, des malades qui ne guérissaient presque jamais.

Ces persécutés hallucinés qui guérissent rapidement sont, pour la plupart, des héréditaires dégénérés et, quelquefois aussi, des alcooliques subaigus, plus rarement des intermittents ou des hystériques. Ils ont les apparences d'un délirant chronique à la seconde période, mais ils en diffèrent totalement par leurs antécédents, par le mode de début du délire et surtout par son évolution ultérieure. Ils n'offrent jamais la marche systématiquement méthodique du délire chronique.

Une seconde assertion que nous devons relever, puisqu'elle a été cause de fréquentes erreurs, c'est que le délire de persécution pourrait s'accompagner ou non d'hallucinations. Après avoir parlé des illusions et des interprétations délirantes du début, Lasègue ajoute :

« Jusque là, le malheureux persécuté s'est maintenu dans les limites des sensations vraies sur lesquelles il a fondé ses inductions délirantes; un certain nombre de malades ne va pas au-delà. Ce qu'il a entendu, il a pu, il a dû l'entendre, et, bien qu'il ne dépasse pas cette mesure,

il peut parcourir tous les échelons et arriver au terme le plus avancé de la maladie; d'autres, au contraire, sont poursuivis par des hallucinations sans être ni plus ni moins gravement malades (p. 139). »

Plus loin nous voyons encore:

« L'hallucination de l'ouïe n'est ni la conséquence obligée ni l'antécédent nécessaire du délire de persécution, mais elle est la seule qui soit compatible avec lui (p. 140). »

En admettant ainsi dans le même groupe des cas de délire de persécution sans hallucinations, on ouvre la porte à un certain nombre de malades, notamment aux *persécutés persécuteurs* que, pour notre part, d'accord en cela avec M. Falret, nous repoussons du cadre du délire chronique.

Lasègue ayant compris dans le délire des persécutions, des persécutés sans période prodomique, des persécutés sans hallucinations, c'est-à-dire, je le répète, des persécutés souvent curables, s'est trouvé naturellement porté à admettre une période de décroissance du délire de persécutions, comme il ressort du passage suivant:

« J'ai suivi le délire de persécution depuis son début jusqu'à sa période d'état. Comme je ne veux qu'établir un type et déterminer les caractères qui doivent entrer dans sa définition, il serait hors de propos d'étudier sa *Marche décroissante* ou de chercher les indications thérapeuthiques (p. 142). »

Du reste, d'après la statistique de Lasègue, la proportion des femmes atteintes de délire de persécution s'élèverait à 25 °/₀ au quart des entrées, y compris les idiotes et les imbéciles. Ce chiffre énorme prouve éloquemment que Lasègue comprenait dans ce groupe un grand nombre des cas qui ne lui appartiennent pas.

Cela est si vrai que, plus tard, ce maître, avec sa vaste intelligence, entrevoyait lui-même les imperfections de son œuvre, et, à propos du délire alcoolique subaigu, insistait particulièrement sur le diagnostic avec le délire de persécution.

Plus tard encore, ayant eu à s'occuper de plusieurs aliénés persécuteurs et notamment de Teulat, le persécuteur de la princesse de B..., il pressentait un groupe spé-

cial de persécutés, persécuteurs distincts du délire de persécution.

Le mémoire se termine par quinze observations très écourtées sans doute, mais dont la lecture cependant vient confirmer ce que nous avons dit et montrer à côté les uns des autres des faits de nature très différente.

En résumé, le délire de persécution de Lasègue a marqué un pas un avant, en séparant des lypémaniaques d'Esquirol un premier groupe de malades; mais cette espèce pathologique, basée presque exclusivement sur un caractère symptomatique, l'idée nette de persécution, a dû englober des faits disparates. De là, une confusion regrettable qui n'est pas sans exercer encore une certaine action sur les débats actuels.

Aujourd'hui, il fallait nécessairement faire un choix parmi les persécutés de Lasègue, car les uns sont hallucinés, d'autres ne le sont pas, les uns arrivent d'emblée à l'idée systématisée de persécution, d'autres n'y aboutissent qu'après une longue préparation, les uns guérissent, les autres sont voués à l'incurabilité. De là, la nécessité, pour la détermination de ce nouveau groupe, de faire intervenir non seulement le caractère du délire, mais aussi les antécédents du malade et la marche de la maladie.

Voyons à présent ce que pensait Morel des délirants persécutés.

Morel, en 1860, à propos du délire et des actes consécutifs à l'hypocondrie, névrose, décrit le délire hypochondriaque et, dans un chapitre spécial, parle des persécutés qui deviennent des ambitieux. Du délire des idées et des actes qui est la conséquence de l'hypocondrie, *folie hypochondriaque*, *délire de persécution* (p. 703). Transformation du délire des persécutions, systématisation des conceptions délirantes; transition à l'idée qu'ont ces malades d'être appelés à de grandes destinées (p. 714).

S'il n'admettait que des persécutés ambitieux, il s'en trouverait certainement parmi eux beaucoup qui seraient des délirants chroniques, mais pour Morel il faut qu'ils soient hypochondriaques d'abord; or l'hypocondrie, nous le savons, est le plus souvent une manifestation des hérédi-

taires dégénérés, et comme le délire chronique est très rare chez ces derniers, il ne paraissait guère probable que l'*hypochondriaque persécuté-ambitieux* pût présenter des caractères assez fixes pour entrer dans le cadre du délire chronique.

La lecture des deux observations que M. Morel donne comme exemples-types, montre surabondamment qu'il s'agit là de dégénérés apportant dans leurs délires la mobilité qui caractérise la plupart d'entre eux.

Dans la première observation (observation d'un halluciné hypocondriaque racontée par lui-même, p. 345), il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, à tendances mélancoliques dès l'âge le plus tendre, d'une émotivité extrême, névropathe, migraineux, qui, à la suite d'une violente offense, — soufflet reçu dans une réunion publique, — devient plus triste, craintif et tout à la fois hypocondriaque et persécuté. Il s'agite, présente des troubles de la sensibilité générale et des hallucinations de tous les sens, il devient rapidement ambitieux, entend la voix de Dieu qui vient le choisir pour régner (p. 348). Enfin, il a des alternatives de stupeur et de violente agitation.

« A cette période, dit Morel, notre halluciné n'est plus reconnaissable. Après avoir été quelque temps dans un état de profonde stupeur, dans une espèce d'idiotisme avec suspension, apparente au moins, de toute activité délirante, et dans tous les cas de toute spontanéité intellectuelle, voilà que, tout à coup, il s'agite de nouveau. Bientôt, rien n'égale les paroxysmes de sa fureur, l'obscénité de ses discours et la dépravation de ses sentiments et de ses instincts.

(*A suivre*)

APPENDICE

AU

COMPTE RENDU DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Sur le Délire chronique.

Dans cette partie du compte rendu de la discussion sur le élire chronique insérée dans le N° 3 de l'*Encéphale*, une reur de mise en page a fait omettre les importantes obserations que M. J. Séglas donnait à l'appui de sa théorie. Nous oyons que ces observations sont de nature à éclairer d'un r tout particulier cette partie de la discussion ; aussi les nnons-nous aujourd'hui. Nous prions le lecteur de vouloir n intercaler lui-même mentalement ces sept premières ervations à la page 324 de notre compte rendu de Main, et la huitième à la page 328.

Obs. I. — Mlle M..., âgée de 56 ans, entre le 27 mars 1887 a Salpêtrière (service de M. A. Voisin).

Certificat de M. Magnan, 16 mars 1887. — Délire chroque avec hallucinations, troubles de la sensibilité généle, idées de persécution et quelques idées ambitieuses.

Examen de la malade. — Les symptômes et l'évolution la maladie nous semblent ressembler assez à ce qui a été du délire chronique.

Antécédents héréditaires. — Rien du côté de la mère; le re, arthritique, mort d'un cancer de l'estomac, était meuer, buvait à l'occasion. Il était vif, emporté comme sa re d'ailleurs, d'un caractère très inégal, ambitieux et resseux en même temps : « *C'était le même caractère*

que sa fille ». Il avait un frère, égoïste, indolent, ambitieux comme lui, et deux sœurs jumelles; l'une tombait comme en épilepsie vers quarante ans et s'est noyée dans une crise; l'autre, bien portante a eu un fils original, excentrique, débauché, ayant d'ailleurs, paraît-il, à peu près le même caractère que notre malade.

Un frère de la malade est bien portant, intelligent; une sœur est faible d'esprit; une autre, qui nous renseigne, a eu des convulsions de l'enfance.

Antécédents personnels. — Mlle M... *n'a parlé qu'à l'âge de sept ans :* elle est allée plusieurs années à l'école, mais n'y a jamais appris à lire; elle était d'ailleurs très paresseuse. Elle jouait presque toujours seule et « n'avait pas des idées de petite fille, elle jouait comme un garçon », elle n'aimait que les chevaux, les chiens : plus tard elle n'a jamais aimé s'occuper du ménage, mais elle préférait les travaux d'homme. Réglée un peu tard, vers seize à dix-sept ans, elle était toujours ennuyée de voir revenir ses règles et aurait voulu être comme les hommes. D'un autre côté, au point de vue affectif, elle n'a jamais aimé les hommes et les fuyait ou leur disait des sottises. Comme son père, elle a toujours eu un caractère inégal, violent, colère; ambitieuse et paresseuse, elle était aussi très jalouse, et dans la famille on lui cédait tout; elle se plaignait cependant continuellement. Une fois en place, quand elle avait gagné un peu d'argent, elle quittait sa place, dépensait ce qu'elle avait et ensuite quand il fallait travailler de nouveau, elle ne cessait de se plaindre. Jamais elle n'est restée plus de quatre mois dans la même place; même étant jeune, elle changeait toujours, sa sœur prétend qu'elle a toujours eu « un caractère indéchiffrable et qu'elle a toujours eu, mais sans que cela parut, la même maladie qu'aujourd'hui ». Notons enfin au point de vue des idées actuelles que, il y a une vingtaine d'années, sa mère ayant voulu racheter son frère du service, elle lui fit à ce propos des scènes violentes, prétendant qu'on donnait tout aux autres, rien à elle, qu'on était injuste, etc., et que, il y a encore quatre ou cinq ans, elle écrivit à ce propos à sa mère une lettre d'injures.

Obs. II. — Mlle D..., âgée de quarante-sept ans, entrée le 6 janvier 1887 à la Salpêtrière, service de M. Falret.

M. Garnier avait constaté, le 28 octobre 1886, que cette malade était atteinte de délire chronique avec prédominance d'idées de persécution, hallucinations de l'ouie, de l'odorat et de la sensibilité générale, etc... Deux certificats de M. Magnan, en date du 29 octobre 1886 et du 12 novembre, constatent également le délire chronique avec hallucina-

tions et idées de persécution. M. Falret porte à son tour le diagnostic de délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale.

Antécédents héréditaires. — Père mort aliéné, il prétendait toujours qu'on le volait. Une sœur de la malade était aliénée, un frère s'est suicidé, un autre frère a toujours aussi l'idée qu'on le vole.

Examen de la malade. — Nous n'avons pas de renseignements sur l'enfance de la malade. Elle aurait toujours été fière, orgueilleuse, d'un caratère inégal, souvent sombre; elle était très originale et s'habillait d'une façon excentrique. Elle se dit très intelligente, prétend qu'elle apprenait bien à l'école; cependant après y être restée presque huit ans, elle sait lire, mais écrit à peine et ne sait que l'addition et un peu la soustraction. Elle nous paraît, d'ailleurs, d'un niveau mental peu élevé et c'est de l'air le plus satisfait du monde qu'elle nous raconte sans réticences les persécutions dont elle est victime. Elle fait remonter le début de tout cela à une huitaine d'année.

Il n'y a pas de trace d'idées de grandeur, ni d'affaiblissement intellectuel. A notre avis, la malade est plutôt une faible d'esprit de naissance. Notons enfin que les sentiments affectifs sont bien peu développés chez elle, car vivant à Paris, presque dans le même quartier qu'un de ses frères, elle ne l'avait pas vu depuis trente ans et c'est directement qu'on a découvert son adresse après l'entrée de la malade.

Au point de vue de la corformation physique, il nous semble bon de noter que la tête est petite, en forme de poire, le front étroit et fuyant, le vertex relevé produisant un certain degré d'acrocéphalie.

Légère asymétrie cranio-faciale; la voûte palatine aussi est asymétrique, la suture médiane un peu portée à droite, en même temps le côté droit est abaissé, de sorte que les deux moitiés de l'arcade du maxillaire supérieur ne sont pas au même niveau. L'articulation de la mâchoire est défectueuse, il y un très léger degré de prognathisme inférieur. Il y a enfin des déformations auriculaires très apparentes, telles que lobule sessile, pas d'ourlets en arrière, etc.

Obs. III. — Mme S..., née S..., âgée de cinquante et un ans, entrée le 1887, à la Salpétrière, service de M. Falret.

Un certificat de M. Garnier, en date du 11 décembre 1886, porte : délire chronique, hallucinations de l'ouïe, du goût et de la sensibilité générale, idées de persécution systématisées, etc. — M. Magnan délivre, le 12 décembre 1886, un certificat de : délire chronique avec hallucina-

tions, troubles de la sensibilité générale, idées de persécution. M. Falret diagnostique un délire de persécution chronique avec hallucinations de l'ouïe.

Cette malade raconte qu'elle est sous le coup d'une vendetta de famille remontant aux guerres de Napoléon Ier avec l'Allemagne. On ne s'est adressé directement à elle que vers 1872 : à cette époque sont apparues des idées d'empoisonnement; plus tard, en 1875, époque où le délire devint apparent, se sont montrés des hallucinations de l'ouïe (bruits, coups, injures), puis de la sensibilité générale (poudres). On faisait des trous dans le mur en y mettant des verres grossissants pour l'espionner, ou des tubes qui fonctionnaient par l'électricité. Réactions nombreuses, déménagements multiples, injures, violences. Elle prétendait qu'on la violait, l'espionnait; son mari lui-même était un espion et un assassin; il y a cinq ans environ, elle commença à citer, parmi les gens à ses trousses, les noms Krœmer, Krauss, etc.

Vers cette époque elle disait aussi qu'elle descendait de Napoléon Ier et de Marie-Antoine. Toutes ces idées persistent, aujourd'hui, très systématisées, et la malade est toujours victime d'un complot dirigé contre sa famille par des agents du gouvernement allemand, qui ont commis à son préjudice de nombreux vols, surtout de titres, et qui veulent l'extinction de sa race. — Cette malade est des plus dissimulée, d'ailleurs, elle aurait toujours été méfiante et soupçonneuse. Elle est bien conformée; notons cependant que les oreilles sont mal ourlées et le lobule sessile. Elle n'aurait été réglée que de dix-huit à vingt ans et, à cette époque, elle aurait eu les pâles couleurs, des attaques de nerfs et des syncopes. Elle a toujours eu la manie de la propreté, un peu comme son père, nous dit-on.

Celui-ci avait l'habitude, quand on le touchait, de se secouer et de s'essuyer; il ne voulait pas toucher les boutons des portes parce que quelqu'un aurait pu y laisser de la saleté; il se réservait une chaise spéciale, et si quelqu'un s'y asseyait, il l'essuyait de suite après : jamais il ne voulait manger hors de chez lui. — Il avait un père qui buvait. — La mère de notre malade semble avoir été migraineuse, elle avait souvent des faiblesses : une de ses sœurs « avait une drôle de tête. » Notre malade avait plusieurs frères et sœurs; l'un a été tué par accident, l'autre a été victime d'un assassinat dont le vol était le mobile, et jeté dans le Rhin ; et notre malade ne manque pas d'interpréter ces deux morts en faveur de son délire ; un autre frère est mort fou dans un asile en Allemagne, une sœur est alcoolique et affaiblie intellectuellement; une autre sœur a une fille qui a été enfermée plusieurs années dans une maison d'aliénées.

Obs. IV. — Mme B..., née R..., âgée de quarante-neuf ans, entre le 13 juillet 1887 à la Salpêtrière, service de M. Falret.

M. Magnan délivre le 1er octobre 1886 un certificat de délire chronique avec hallucinations; troubles de la sensibilité générale, idées de persécutions et ambitieuses. Quatre certificats de M. Briand, en date du 23 octobre 1886, 12 mars 1887, 1er juin 1887, 11 juillet 1887, constatent également un délire chronique, remontant à plusieurs années, avec hallucinations, prédominance d'idées de persécution et tendances ambitieuses, etc... M. Falret constate, de son côté, à plusieurs reprises, un délire des persécutions avec hallucinations de l'ouïe et bégaiement très prononcé, etc...

Je ne dirai que peu de chose de cette malade qui est peut-être, à mon avis du moins, au point de vue des symptômes et de l'évolution de la maladie, le type le plus parfait du délire chronique tel qu'il nous a été décrit ici.

Les premiers symptômes du délire remontent à environ vingt-cinq ans, au début de son mariage.

En juillet 1886, se manifestent en plus des idées d'empoisonnement, et, à côté des hallucinations de l'ouïe, on note des hallucinations du goût, de l'odorat, de la sensibilité générale. Elle se plaint d'odeurs piquantes, de goûts âcres dus à la morphine et à l'arsenic qu'on lui jette partout; on lui fait des contusions, etc...

Les tendances ambitieuses signalées en 1866 par M. Briand se sont ensuite développées et, aujourd'hui, la malade prétend s'appeler Louise R..., dite Russie, vicomtesse de B...; mais c'est toujours cependant l'idée de persécution qui domine, très systématisée et résistant à tout raisonnement. Il n'y a pas d'affaiblissement intellectuel; la malade est toujours dissimulée, très violente.

Signalons aussi qu'elle a presque réussi à imposer son délire à son mari, d'ailleurs faible d'esprit.

Obs. V. — Mme G..., née B..., âgée de quarante-sept ans, entre le 3 août 1886, à la Salpêtrière (service de M. A. Voisin).

Trois certificats de M. Briand, en date des 6 mai 1884, 21 mai 1885, 3 juillet 1886, portent la mention de délire chronique avec hallucinations, etc.

Antécédents héréditaires. — Grand'mère paternelle morte d'un cancer du pylore; — Père mort de la goutte à cinquante-deux ans; il était marchand de vin et buvait souvent du vin blanc et de l'absinthe: il était vif, emporté et devenait très violent quand il avait bu. — Grand'mère maternelle morte

à vingt-huit ans, avait des coliques sur lesquelles nous reviendrons.

Mère morte d'une maladie de cœur à cinquante ans; aurait eu aussi les mêmes coliques. — Un de ses frères est mort d'un cancer de la langue.

Sept enfants: trois fils, tourneurs en cuivre, morts poitrinaires de vingt à vingt-cinq ans; l'un d'eux avait eu des convulsions de l'enfance. — Un autre frère est aussi mort du pylore à quarante ans. — Une sœur a eu la danse de Saint-Guy. — Une autre sœur (qui nous renseigne) est impressionnable, elle voit le soir passer quelquefois des souris, des ombres, ou sent quelque chose qui vient la tirer, et cela lui fait peur de devenir folle comme sa sœur. Elle se plaint aussi d'avoir les mêmes coliques que sa mère et sa grand'mère. Ces coliques, qui reviennent deux ou trois fois par an, consistent en une douleur qui prend dans le ventre, remontant à l'estomac, en même temps les battements dans les tempes et la céphalalgie du vertex, que la malade ressent de temps à autre, s'accentuent, puis il y a perte de connaissance et des vomissements.

Examen de la malade. — Nous ne trouvons rien de particulier dans l'enfance; les règles seraient apparues assez tard, vers seize ans seulement. Elle a toujours été d'un caractère vif et changeant Le début de la maladie remonterait à 1880. On la regardait de travers dans la rue, on lui disait des insultes, voulant la faire passer pour une femme de mauvaise vie; on la menaçait de l'empoisonner avec du vitriol. Il y avait à ses trousses des agents de la fausse police, qui se faisaient passer pour de vrais agents. Son mari s'est mis à la tête du complot avec ses maîtresses. — Il lui faisait respirer du poison sous le nez quand elle s'endormait et cela la rendait toute drôle, comme anéantie, toujours sommolente. Plus tard, en 1883, sont intervenues en sa faveur différentes personnes, entre autre un monsieur qu'elle désigne, à qui elle n'a jamais parlé et qui demeure en face d'elle. Elle désigne aussi plusieurs autres personnes (illusion de la vue). Elle a connu l'existence de ces messieurs parce qu'elle a entendu chez elle un monsieur dire: « Elle est malheureuse la pauvre femme, il faut la soigner et la placer. » Ces messieurs lui parlent comme les autres, ils la préviennent de prendre garde, la défendent. Ils lui ont dit que son mari l'empoisonnait, qu'elle regarde son vin, sa soupe; et, de fait, elle l'a trouvée amère. Ces messieurs la soignent aussi à l'électricité et le traitement est très dur à suivre. Ainsi, elle est restée au début, longtemps sur une chaise sans parler, immobile, ne remuant que les doigts 1, 2, 3, car tout doit aller par trois. Tout se fait suivant l'ordre donné verbalement par

ces messieurs. Dans le traitement, elle a eu un côté du corps paralysé, puis ils lui ont fait une opération dans le ventre à cause d'un boyau noué qui l'empêchait de manger. Les influences néfastes, qui se faisaient moins sentir, sont revenues depuis qu'elle est à la Salpêtrière par la faute de M. A. Voisin, ce grand criminel qui contrarie le traitement de ces messieurs. Au point de vue des réactions, nous signalerons des réclamations au propriétaire et au commissaire de police devant lequel elle aurait mené son mari. Nous ne constatons pas d'idées de grandeur. Cette malade est très convaincue de ce qu'elle dit, elle se défend d'être folle et *hallucinée* et réclame sa sortie. Elle n'est point dissimulée; elle est très émotive; elle pleure par instants, puis raconte presque gaiement ses idées de persécution. Il n'y a pas de démence; mais elle nous paraît plutôt, comme l'a constaté d'ailleurs M. Legrand du Saulle (18 mars 1884), d'un niveau mental peu élevé : légère *asymétrie* cranio-faciale et palatine.

Obs. VI. — Mme G... née C... âgée de 39 ans, entre le 28 novembre 1886 à la Salpêtrière (service de M. A. Voisin).

M. Garnier avait constaté, le 22 juillet 1884, de l'excitation maniaque avec idées de persécution, hallucinations de l'ouïe, de l'odorat, de la sensibilité générale. On l'insulte, on lui jette des poudres malfaisantes pour l'empoisonner. Paroxysmes d'agitation avec actes violents. M. Magnan, plus affirmatif, délivre le 23 juillet 1885 un certificat de délire chronique avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale et idées de persécution; on l'injurie, le curé de Malakoff l'influence et lui donne des douleurs; plaintes, réclamations, violences, plaie contuse du front.

Antécédents héréditaires. — Père, très nerveux, original, buvait un peu, mort dans une maison de santé à Orléans, il était devenu paralysé. — Mère toujours exaltée, a été enfermée comme hallucinée à l'asile de Bonneval. — Deux frères de la malade sont exaltés, pas aliénés mais « drôles »; leurs enfants sont aussi « drôles ». Ils ont de la tendance à boire tous les deux.

Examen de la maladie. — Tic facial dans l'enfance, persistant encore aujourd'hui. De quinze à vingt ans attaques de nerfs consistant en pleurs, demi-syncopes, « tortillements », puis violences. — Les règles sont apparues tard, mais on ne peut préciser l'époque. Elle a toujours été « drôle », coquette, exaltée, parfois communicative, elle s'imaginait que tout le monde voulait lui faire du mal; elle

aimait à s'isoler, parfois sortait brusquement pendant une heure ou deux et rentrait toujours en colère. Elle avait aussi certaines habitudes qu'il est important de signaler. Quand elle sortait de chez elle, au lieu de tourner à droite, par exemple, pour aller directement à son but, elle tournait à gauche, remontait quelques pas, traversait la chaussée et, arrivée sur le trottoir opposé, tournait alors la droite pour reprendre la bonne direction. Elle avait la manie de tout ranger à l'excès; si l'on touchait à quelque chose, elle criait et allait le remettre en place. Quand on lui donnait de l'argent, elle s'essuyait les mains après; de même elle se secouait quand on la touchait. Très souvent aussi, elle prenait des voitures, y restait un quart d'heure et descendait avant d'arriver à destination. Elle n'était pas peureuse; cependant elle n'aurait jamais tiré un seau d'eau de son puits, parce qu'elle avait peur que la corde ne l'entraîne. Comme elle avait toujours été méfiante et soupçonneuse, le début du délire est très difficile à établir; toujours est-il qu'il devint des plus apparents, il y a six ans : elle dit alors qu'on causait dans son puits, que lorsqu'on venait chez elle, c'était pour elle, qu'on lui voulait du mal, qu'on voulait détourner son mari de son ménage; on l'insultait dans la rue : « vache, putain, salope ». Mais elle ne savait pas qui. On voulait la violer, on lui jetait dans les jambes des poudres qui la rendaient boiteuse. Elle ne voulait manger que ce qu'elle faisait elle-même et parlait de faire analyser ses aliments.

Il y a trois ans et demi environ, elle commença à désigner surtout un M. M..., ami de son mari, puis deux médecins le Dr B... et le Dr G..., qui lui ayant donné ses soins à cette époque au sujet d'une hémorhagie utérine, fut accusé par elle de l'avoir fait avorter. Sous l'influence de ces idées la maladie réagit de différentes façons et à la suite de plaintes, de réclamations, d'actes de violences, elle fut sequestrée.

Elle est arrivée à Sainte-Anne avec un morceau de beefteack qu'elle trouve bleuâtre et qui est plein d'acide sulfurique; d'ailleurs il y en a aussi dans le pain. Aujourd'hui, ce sont encore les idées de persécution et d'empoisonnement qui dominent, mais plus systématisées, s'exprimant par un vocabulaire spécial et s'accompagnant des hallucinations des divers sens, surtout de l'ouïe. On la passe au poison; on lui passe du chloroforme sous le nez, elle refuse souvent des aliments qui sont empoisonnés par une décoction d'acide sulfurique. On lui jette des poudres dans les jambes, on met du verre pilé dans le chocolat. Les persécutions sont dirigées par le curé de Malakoff qui lui en veut, parce qu'elle est mariée civilement, et le Dr G..., qui lui dit : « Tu vas

crever, tu vas crever ». On lui dit aussi : « Tu fais là vache ». Faire la vache, c'est dégobiller les choses. D'un autre côté, elle est maintenue par la médecine, probablement le Dr B..., ce qui fait qu'on ne s'aperçoit pas qu'elle est empoisonnée. Depuis trois mois environ, d'autres idées sont apparues, la malade s'imagine qu'elle a un procès d'argent à soutenir, elle parle à ce propos du président de la préfecture qui pourra la protéger. D'ailleurs elle a beaucoup de rapports avec le chef de l'Etat de Prusse qui lui a ouvert, nous n'avons jamais pu savoir quoi. Cette malade est, en effet, assez dissimulée; elle est une *personne du secret*, ce qui veut dire qu'elle s'entretient secrètement avec différentes personnes qu'elle ne veut pas nommer. D'ailleurs elle prétend que toutes ces affaires ne nous regardent pas, et que si elle réclame, ce sera au tribunal de commerce ou la police correctionnelle. Elle est loquace, injurieuse, grossière, et réclame continuellement sa sortie, c'est pour cela qu'elle dégobille toujours. Signalons aussi que dans l'interrogatoire assez difficile à cause des réticences de la malade et de son état d'exaltation, le délire, bien que très-systématisé, paraît un peu heurté, plutôt à notre avis à cause de l'état d'excitation que d'un affaiblissement intellectuel qui ne nous paraît pas exister. Notons en terminant que souvent la malade répète plusieurs fois de suite le même geste, les mêmes paroles parfois ordurières, que d'ailleurs elle est bègue Elle a aussi un tic facial très accentué, et de l'asymétrie faciale, et le lobule de l'oreille sessile. Au point de vue somatique, nous signalerons qu'elle a assez souvent des perles abondantes qu'elle attribue à l'électricité par laquelle le Dr G... agit sur elle.

Il est d'un autre côté certaines particularités importantes à noter, c'est que, d'après son mari qui la connaît depuis l'âge de dix ans, elle a été susceptible, soupçonneuse, impérieuse, irascible toute sa vie. Etant jeune elle était très maladive et a toujours été soignée pour les nerfs : elle a eu d'ailleurs la danse de Saint-Guy à huit ou neuf ans; elle a toujours été peureuse et émotive. Nous remarquons enfin que la malade présente de l'*asymétrie* faciale et un bégaiement des plus prononcés. D'ailleurs tous ses frères et ses sœurs, au nombre de six, sont également bègues de *naissance*.

Le père était bègue aussi, il était vif, emporté, intelligent, mais il aimait à boire. Il avait un père faible d'esprit.

Obs. VII. — Mademoiselle M..., âgée de quarante-quatre ans, entré, le 12 juillet 1886 à la Salpêtrière (service de M. Fabret).

Antécédents héréditaires.— Père, mort à trente ans, probablement tuberculeux, débauché, buveur et brutal (sa mère et une sœur étaient athsmatiques). Mère, rhumatisante, nerveuse, emportée, brutale, jalouse, sujette à des syncopes; fanatique de religion ; avait une sœur également nerveuse.

Six enfants : — deux sont morts jeunes du carreau; un autre est mort à dix ans et demi d'une méningite; une fille aînée institutrice est comme tuberculeuse, une autre (la plus jeune) est intelligente, mais colère et emportée.

Notre malade : antécédents personnels. — Née à Metz le 18 juillet 1843. Pas de renseignements précis sur la grossesse, l'accouchement, ni sur la première enfance de notre malade. Elle nous dit qu'à cinq ans, à la mort de son père, elle fut mise en pension, où elle resta jusqu'à treize ans. Elle fut, nous assure-t-elle, d'un caractère assez doux, mais *elle ne pouvait rien apprendre* et c'était surtout la mémoire qui lui manquait. On l'a retirée de pension parce qu'elle n'y faisait rien. Dès cette époque, ses camarades, à ce qu'elle prétend, la tournaient en ridicule, l'injuriaient à cause de ses tendances religieuses; *aussi lorsqu'on la retira du pensionnat « elle maudissait déjà les couvents »*. Les règles s'établirent à cette époque sans accident.

Une fois sortie de pension, de treize à vingt-trois ans, elle est restée chez sa mère s'occupant de son commerce de grains et farines. Sa mère la faisait travailler beaucoup, l'injuriait, la rudoyait, ne l'aimait pas. Cependant elle n'eut à souffrir de rien et même on ne lui épargnait ni toilettes, ni plaisirs. Quoiqu'il en soit, se trouvant malheureuse, elle nourrissait toujours des idées religieuses et rêvait la paix du couvent, où elle finit par entrer à vingt-trois ans, poussée par le caractère insupportable de sa mère, qui aurait fini par lui dire : « Si tu as la vocation, c'est de la paresse si tu ne rentres pas au couvent ». Elle aurait su ensuite que les « tortures morales » que lui infligeait sa mère étaient un noviciat pour lui faire embrasser la vie religieuse. Entrée au couvent Saint-Charles de Nancy, elle y resta quatre ans, pendant lesquels on la soumit à des expériences bien dures, qu'elle subit sans murmurer. Malgré cela elle fut renvoyée, parce que, dit-elle, on allégua qu'elle n'avait pas la vocation et que la vie religieuse ne pouvait lui convenir. Blessée dans sa fierté, la malade partit aussitôt, rentra dans sa famille où elle resta un an. Mais elle regrettait la vie religieuse et alors, à vingt huit ans et demi, elle rentra à l'Assomption de Nancy où elle passa ses examens d'institutrice (brevet élémentaire). Pendant dix ans qu'elle fut attachée à

cette congrégation, elle résida successivement deux ans à Alger, trois ans à Aix, trois mois en Belgique, puis revint à Aix. Pendant tout ce temps elle prétend avoir eu à souffrir de l'antipathie de ses supérieures et surtout de la supérieure générale. Aussi, dégoûtée par cela, et trouvant d'un autre côté le régime trop mauvais, n'ayant pas aussi confiance dans l'avenir de la Congrégation, elle se retira.

A trente-huit ans et demi, elle rentra à la Doctrine de Nancy. Bien qu'elle eut fait là ce qu'on voulait lui imposer sous prétexte d'épreuve, on la chassa au bout de sept mois en la traitant de paresseuse et d'immorale, parce qu'elle ne se levait pas au signal de la cloche du matin. Déjà, à l'Assomption, elle prétend qu'on l'avait accusée de rester au lit le matin pour avoir des enfants.

Une fois sortie de la Doctrine de Nancy, à l'âge de trente-neuf ans, elle resta deux mois chez sa sœur, puis vint à Paris chercher des leçons : elle logea chez M. B..., 10, rue de Sévigné. Là, sa concierge rentrait chez elle pour lui faire des misères, déplaçait les meubles, volait de l'essence minérale ; une fois, après être restée trois jours chez elle sans avoir de punaises, elle sortit et en trouva en rentrant qu'on avait déposées en son absence. La concierge et M. B... ne sont que les instruments de sa famille, qui la persécute et veut la faire passer pour folle.

Après être restée dans ce logement pendant deux ans, elle le quitta pour fuir ses persécuteurs. En partant, un voisin l'aurait avertie que le propriétaire avait dit qu'elle avait été chassée de trois couvents, que ce propos pouvait la déprécier et lui faire perdre ses élèves. Il avait ajouté : « Vous partez pour ces tracasseries, mais on vous en fera autant ailleurs ».

C'est ce qui eut lieu, en effet, dans son nouveau logement, 7, rue Charles V (octobre 1884). On entrait chez elle, on déplaçait les objets, on volait son parapluie, on cassait sa chaise, les baleines de son corset ; on mettait des punaises dans son lit. Elle n'avait pas de travail, elle faisait de la tapisserie sur commande, et on lui donnait toujours ce qu'il y avait de plus mauvais. Elle ne croit pas qu'on ait jamais essayé de falsifier ses aliments ; cependant, un jour, elle se trouva malade après avoir bu du vin qu'on lui avait vendu, et elle changea de marchand de vin. Elle n'a *jamais rien entendu*, ni vu, ni senti d'anormal. Elle accuse ses voisins de toutes les persécutions, mais tous ceux qui lui font du mal ne sont que les instruments de sa famille ou des couvents par lesquels elle a passé.

Avril 1886. — Aussi, poussée à bout et voulant montrer qu'elle rompait à tout jamais avec la religion, elle alla à

Saint-Paul et communia sans se confesser. Puis elle envoya une hostie à l'archevêque de Nancy, une au couvent de la Doctrine, une troisième à un de ses cousins, prêtre à Montigny, près Metz, en leur disant qu'elle ne voulait plus de la religion, que le noviciat était suffisant, qu'on lui avait fait subir assez d'épreuves, qu'on la laissât tranquille. Ses lettres étant restées sans réponse, elle écrivit des lettres de menace, demandant si oui ou non elle était coupable, et que si on ne répondait pas, elle se vengerait. Le procureur de la République fut alors saisi de l'affaire, elle fut enfermée à Saint-Lazare et, à la suite d'une ordonnance de non-lieu, conduite au dépôt de la Préfecture de police, puis à l'asile Sainte-Anne.

Un certificat délivré par M. Garnier, le 17 juin 1886, constate un *délire chronique* : idées de persécution systématisées, hallucinations de l'ouïe, du goût, de la sensibilité générale, etc. *Deux* autres certificats datés du 18 juin 1886 et du 2 juillet 1886, portent également : *délire chronique* avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, idées de persécution... Dans des certificats successifs, M. Falret diagnostique à son tour un délire de persécution avec accusations, absence d'hallucinations de l'ouïe ; mais un grand nombre d'interprétations délirantes.

Actuellement, l'état mental de Mlle M... est resté stationnaire. On continue à la persécuter à l'hôpital, les malades, les surveillantes, les médecins, tout le personnel sont à la solde de sa famille et des couvents qui la poursuivent jusqu'ici. La moindre parole devient pour elle une allusion blessante. Elle considère sa séquestration à l'asile, ainsi que tout ce qu'elle a souffert, comme les épreuves prolongées que lui font subir les religieuses, par l'intermédiaire de l'évêque de Nancy. Ses parents ne sont pas, à proprement parler, les instigateurs des persécutions, mais ils les connaissent et les tolèrent.

A côté de ces idées de persécution, il y a des idées d'empoisonnement, et la malade a pris l'habitude de laver elle-même sa vaisselle. Ajoutons que, pendant tout son séjour à la Salpêtrière, on n'a jamais constaté chez cette malade *aucune hallucination d'aucun sens*, mais de simples interprétations délirantes. Pas d'idées de grandeur.

Les sentiments affectifs sont aussi atteints : elle regarde sa mère et sa sœur comme ses plus profondes ennemies ; ses sentiments religieux ont fait place à un scepticisme outré ; d'un autre côté, elle désire se marier : « J'ai, écrit-elle, une famille que je ne puis que maudire, je désire m'en créer une autre par un mariage qui me donne et un mari et un enfant à aimer. »

Le caractère a toujours été entier, irritable ; aujourd'hui encore, elle s'excite pour un rien. En général, elle est dissimulée, méfiante, vivant à l'écart. Quand elle parle, ce n'est que pour protester, pour faire des réclamations ou même des menaces ; parfois même, elle se livre à des actes de violence. « Il y a en moi, dit-elle, l'étoffe de quatre assassins. Je ne suis pas assez simple pour craindre la justice humaine, la religion sera trop heureuse si elle peut tout étouffer. » Est-il besoin d'ajouter après cela que rien ne peut ébranler les idées délirantes de cette malade.

Voilà pour l'examen de l'intelligence. Au point de vue physique, il y a aussi des points importants à noter. Ce qui frappe au premier abord chez M..., c'est l'aspect particulier de la physionomie, car le corps est bien conformé, quoique maigre, et la taille est assez élevée. La *tête*, considérée dans son ensemble, nous offre un degré notable de microcéphalie et en même temps d'acrocéphalie, elle paraît symétrique. Le front est élevé, fuyant en arrière, plat, assez large, sans dépressions latérales ; la suture méthodique nous semble perceptible sous le doigt, de même l'occipital relevé en haut ne présente pas de saillies des bosses. La *face* est ovoïde très allongée, paraît régulière. Les *yeux* sont ronds, gros, comme saillants hors de l'orbite ; et bien que les arcades orbitaires ne soient pas très saillantes au toucher, on a, à la vue, l'illusion d'une saillie à leur niveau, surmontée d'une sorte de dépression. Le nez est très gros, la bouche régulière, l'articulation des mâchoires normale. La *voûte palatine* est asymétrique. Les *oreilles* sont symétriques, grandeur moyenne, leur écartement de la tête est normal, mais le lobule est indistinct, l'hélix incomplètement ourlé, etc.

Il n'y a rien à noter du côté des appareils organiques ; la malade se plaint seulement de temps en temps de douleurs rhumatoïdes erratiques.

Obs. VIII (1). Madame B..., âgée de trente-huit ans, entrée le 8 juillet 1885 à la Salpêtrière, service de M. Falret.

Un certificat de M. Garnier délivré le 7 novembre 1884 porte la mention : *délire chronique*, hallucinations de l'ouïe, interprétations imaginaires, idées de persécution, etc... M. Magnan constate aussi le 8 novembre 1884 un *délire chronique* avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, idées de persécution. M. Falret porte à son tour le

(1) Nous rappelons à nos lecteurs que cette observation doit être insérée à la page 328 de notre compte-rendu de la discussion sur le *Délire chronique*.

diagnostic délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe, etc.

Le *père* de cette malade buvait un peu, il a eu une attaque de paralysie dans le bras et la langue pendant trois mois.

Madame B..., aurait eu, en 1871, *une fièvre typhoïde très grave :* elle eut le délire pendant six semaines et, après la maladie, elle perdit la mémoire pendant un an : durant ce temps elle ne mangeait ni ne buvait elle-même. Le début de la maladie actuelle remonte à 1884 : vers le mois d'avril, on l'insultait dans les rues, chez le boucher, ce qui l'étonnait beaucoup; sa voisine qui lui disait des injures (fille publique, etc...) aurait voulu l'assassiner chez elle avec un balai. Etant devenue très faible, elle entra en juillet à la Charité : elle prétend que c'est là seulement que M. Féréol lui aurait appris qu'elle était persécutée et elle dit que c'était une tentative d'empoisonnement de la part de ses ennemis qui l'avait rendue malade.

On constate chez elle des hallucinations de divers sens : odorat (on l'endort avec du chloroforme), goût, sensibilité générale, mais c'est l'hallucination de l'ouïe qui domine et dirige le délire : nous ne constatons pas d'hallucinations de la vue. Elle raconte qu'on l'insultait, que plusieurs personnes s'en sont mêlées, que sa sœur dirige le complot parce qu'elle est jalouse d'elle et voudrait se substituer à elle. Elle dit que cette sœur est une femme de mauvaise vie qui a des relations avec les femmes et les hommes avec un mouchoir rouge. Elle a entendu dire cela à des gens qui causaient entre eux. Elle se défend d'avoir fait cela et a voulu « mettre opposition » en disant n'avoir jamais eu que des mouchoirs blancs même pour priser.

Cette malade a aussi des idées de grandeur; et il nous semble important de noter l'époque de leur apparition. Alors que les idées de persécution datent d'avril 1884, les idées de grandeurs se seraient montrées dès la fin de la même année : en tout cas, elles sont mentionnées dans un certificat de l'asile de Vaucluse en juin 1885, alors qu'elles ne sont pas signalées dans les certificats de MM. Garnier et Magnan en novembre 1884. Ces idées sont donc survenus très rapidement. La malade a entendu des personnes dire, sans cependant s'adresser directement à elle, qu'elle était la petite-fille du marquis de Grammont : elle aurait été soustraite toute jeune à sa famille et placée chez un nourricier; mais sa vraie famille veillait sur elle. Sa sœur lui aurait enlevé ses titres pour prendre sa place, surtout le marquis de Grammont étant mort peut-être à la Salpêtrière où M. Falret et la surveillante l'auraient fait entrer en lui tendant un piège. Comme réactions, signalons qu'elle a déposé des

plaintes chez le commissaire au sujet de ses ennemis. Aujourd'hui encore, c'est l'idée de persécution qui domine : la malade est dissimulée; elle a des réticences en parlant ; elle a d'ailleurs toujours été d'un caractère sombre. Elle est convaincue de la réalité des faits qu'elle avance et tient à son titre. Ses explications sont parfois assez embrouillées : cependant il n'y a pas de démence, la malade est plutôt une intelligence faible. Au point de vue de la conformation physique, notons une asymétrie de la voûte palatine étroite et profonde et des déformations auriculaire.

REVUE DE LA PRESSE

JOURNAUX ANGLAIS

THE JOURNAL OF MENTAL SCIENCE

Avril 1888

ÉTAT ACTUEL DE LA LÉGISLATION SUR LES ALIÉNÉS EN ÉCOSSE par le Dr JAMES RORIE, médecin-directeur de l'asile royal de Dundée.

En 1857, le Parlement d'Angleterre adoptait une loi qui organisait d'une manière complète la régime des aliénés en Ecosse, et mettait entre les mains d'un Conseil spécial et indépendant la direction de ce régime qui jusqu'à cette époque avait été aux mains des communes, ou pour parler plus exactement, des paroisses. Il en était résulté que, malgré certains défauts d'organisation, inhérent aux habitudes anciennes qu'il n'était pas possible de faire disparaître d'un seul coup,le service des aliénés était entré dans une voie meilleure, profitable à la fois au traitement plus efficace de ceux qui pouvaient être guéris, et à l'hospitalisation plus judicieuse des incurables. Mais comme du même coup, les paroisses se sont vu enlever la libre administration des dépenses affectées aux aliénés, elles ont depuis lors fait de nombreuses tentatives pour rentrer dans les pouvoirs qu'elles avaient perdus. Ces tentatives sont restées généralement infructueuses. Le Dr Rorie estime qu'il faut s'en féliciter, et établit qu'il serait déporab

d'en revenir à la situation ancienne, où il y avait des abus et des erreurs de toute sorte. L'un des principaux inconvénients du passé était que les aliénés n'étaient nullement répartis comme ils devaient l'être; on en trouvait dans toutes sortes d'établissements, non pas seulement dans des asiles spéciaux, mais dans des hôpitaux et des quartiers d'hospices, où ils étaient mêlés à des indigents ordinaires. On ne tenait aucun compte, à leur sujet, des indications médicales et leur classement dépendait du seul bon plaisir d'agents qui n'avaient aucune compétence dans le traitement des malades et qui n'avaient en vue qu'une chose, ménager les ressources de la paroisse. Il n'était pas rare même de voir ces agents aller directement à l'encontre de ce qui leur était expressément demandé par les médecins des asiles. Le Dr Rorie pense que les leçons du passé doivent, sur ces matières, servir d'expérience, et que si la législation écossaise des aliénés doit être modifiée ce doit être en vue de l'améliorer et non en vue de revenir aux institutions abandonnées depuis longtemps. Dans les faits dont le Dr Rorie a rappelé l'histoire, il y a matière à enseignement pour ceux qui, dans notre pays, visent à faire passer la tutelle et la direction des aliénés des mains des médecins dans les mains de personnes étrangères à la pratique médicale. Par l'exemple des abus et des inconvénients qui se sont produits en Ecosse, on peut se convaincre que les mêmes abus et les mêmes inconvénients ne tarderaient pas à se produire également chez nous.

La Parole réflexe ou automatique, par le Dr George Robertson, médecin-adjoint de l'asile royal de Morningside.

Dans bien des cas, l'exercice de la parole est un acte purement réflexe, dans lequel l'intelligence et la volonté n'ont réellement aucune participation. L'exemple le plus simple et le plus évident que l'on en puisse donner est celui d'une personne qui, à cette question : « Comment vous portez-vous ? » répond machinalement : « Très bien, merci, et vous-même ? », et qui souvent se voit aussitôt

obligée de corriger l'inexactitude de cette réponse, faite par pur automatisme et par un effet de l'habitude. Il y a des individus, atteints de lésions cérébrales, chez qui l'intelligence est troublée, et qui cependant peuvent, en vertu d'une aptitude réflexe, faire ainsi aux questions des réponses qui semblent appropriées. Le Dr Robertson cite l'exemple de deux malades, tombés dans la démence, dont l'intelligence était profondément troublée, et qui pouvaient ainsi tenir de courtes conversations plus raisonnables en apparence qu'en réalité. De l'étude de ces deux malades, le Dr Robertson tire les conclusions suivantes :

1° Il y a des actes qui semblent le résultat d'une véritable intelligence et qui cependant ne sont en général que réflexes ou automatiques.

2° Dans l'exercice de la parole on trouve toutes les conditions propres à favoriser l'exercice des actes réflexes.

3° Chez l'homme sain d'esprit, le pouvoir d'inhibition limite ordinairement cet exercice, qui se montre plus nettement dans des circonstances exceptionnelles.

4° Dans certains états de trouble mental la parole automatique ou réflexe se produit d'une manière anormale et exagérée.

5° Les habitudes réflexes de la parole, une fois bien implantées, disparaissent très difficilement.

Cas de Carcinome du Cerveau, simulant la Paralysie générale, par le Dr R. Percy Smith, de l'asile royal de Bethlem.

Il s'agit d'une femme de quarante ans qui, en octobre 1886, commença par souffrir de céphalalgie intense ; bientôt ses manières devinrent étranges. En février 1887 elle ne pouvait plus écrire lisiblement une lettre entière ; elle commençait correctement et finissait par des barbouillages informes. Alors aussi elle se mit à commettre des actes désordonnés. Elle eût à la même époque une série d'accès épileptiformes.

A son entrée à Bethlem, en mars 1887, on nota surtout : de l'affaiblissement musculaire, un peu d'ataxie des

mouvements; la pupille gauche était plus dilatée que la droite; la parole était lente, mais non embarrassée, et il n'y avait point de tremblement fibrillaire à la langue; il n'y avait point de délire proprement dit, mais seulement de l'affaiblissement intellectuel.

Vers la fin de novembre l'état mental parut s'amender un peu, alors que cependant l'état paralytique s'était aggravé et que la malade était devenue gâteuse.

Au milieu de décembre survinrent de fortes attaques convulsives qui aboutirent au coma et à la mort.

L'autopsie fit reconnaître que l'hémisphère cérébral droit, dans sa partie interne, était le siège d'une tumeur qui refoulait l'hémisphère gauche et qui débordait sur la partie antérieure du corps calleux. Cette tumeur était formée d'une matière ramollie, blanchâtre, que, sous le microscope, on reconnût pour être du carcinome.

Le Dr Smith appelle l'attention sur les particularités suivantes :

Le début de la maladie fut marqué par des troubles à la fois physiques et intellectuels. Il y eut des signes physiques de paralysie générale et la démence fut progressive. A aucun moment, malgré un examen attentif du fond de l'œil on n'observa de névrite optique, ce qui est exceptionnel pour un fait de tumeur cérébrale, et la vision ne subit aucune altération.

Histoire de deux jumeaux atteints de Paralysie générale, par les Drs Clouston et Savage.

La folie des jumeaux n'est pas absolument rare ; ce qui l'est plus, c'est de voir que cette folie est justement une paralysie générale. Dans le cas présent il n'y eut pas d'influence directe de l'un des individus sur l'autre ; il n'y eut pas non plus d'influence héréditaire évidente. Ce qui est remarquable c'est que, si l'un des deux malades était un homme d'une vie active, se surmenant beaucoup, et faisant un véritable abus de boissons alcooliques, l'autre au contraire était sobre et modéré. La seule influence commune que l'on puisse invoquer pour tous deux,

c'est que leur père et une de leurs sœurs étaient morts de phtisie.

Juillet, 1888.

LE CRIME ET LES CRIMINELS, par le Dr HENRY MAUDSLEY.

Protestation éloquente, basée sur des considérations morales et sur des données scientifiques, contre les tendances de ceux qui veulent voir dans tout crime un effet de la maladie, et dans tout criminel un individu malade, qui doit être traité en conséquence et déclaré irresponsable. C'est une prétention bien aventureuse et bien étrange que de prétendre distinguer les dispositious au crime d'après la conformation plus ou moins irrégulière du crâne ou de la face et d'après les irrégularités de la structure du cerveau. S'il faut admettre que tous les criminels sont dans des conditions de ce genre, il faut nécessairement admettre aussi qu'il y a peu de personne saines d'esprit, car il y en a peu chez qui on ne puisse trouver quelque irrégularité, quelque malformation crânienne.

M. Maudsley, pour entrer dans le détail de ses remarques sur les tendances dont il s'agit, divise les criminels en deux catégories principales, ceux pour qui l'occasion, l'accident, détermine le crime et ceux qui, par leur nature, sont appelés à devenir criminels.

Ceux de la première catégorie ne présentent réellement dans leur conformation, dans leurs traits, dans leur organisation cérébrale, rien qui les distingue des personnes qui n'ont jamais commis de crimes, ou dont les crimes du moins sont restés ignorés. Ce sont les circonstances qui les ont entraînés; ils ont agi avec discernement, sans avoir été les victimes d'un entraînement fatal.

On doit, du reste, à leur sujet, considérer que le crime est chose absolument relative, et dont l'importance varie suivant le milieu social, suivant l'éducation, suivant les mœurs de ceux avec qui ils vivent. Tel méfait, un vol par exemple, pourra n'avoir aucune importance et n'être considéré que comme simple peccadille, au milieu de gens grossiers, qui deviendra crime véritable dans une société instruite et policée.

Les criminels de la seconde catégorie se divisent en deux grandes classes.

Dans l'une sont tous les malheureux réellement atteints d'une maladie mentale et dont l'irresponsabilité ne peut faire aucun doute.

Dans l'autre on trouve à la fois des gens faibles d'esprit et des individus qui, soit par le fait de leur conformation intime, soit par le fait de tares héréditaires, ont un sens moral plus ou moins perverti.

Les uns et les autres ont des tendances naturelles à commettre le crime. Mais faut-il arguer de leur imperfection organique pour les exonérer de la responsabilité ? Le Dr H. Maudsley estime qu'à ce sujet on ne saurait poser de règles générales ou absolues Il faut prendre chaque individu en particulier et étudier minutieusement toutes ses dispositions diverses. A vrai dire, cette étude n'est pas facile, ou, à tout le moins, les déductions qu'on en peut tirer manquent jusqu'ici d'une base vraiment scientifique.

Comme conclusion pratique de son mémoire, le Dr Maudsley voudrait que, de même que les asiles d'aliénés ont été le champ de recherches précises sur la situation morale de ceux qui y sont internés, de même le domaine des prisons put être le champ de recherches semblables, qui consisteraient, au point de vue de la criminalité, à découvrir ses origines et son mode de transmission. Ce serait un enseignement bien précieux, si l'on pouvait, par exemple, montrer que l'auteur d'un simple délit, issu d'une famille honorable et irréprochable, a produit des descendants qui sont devenus plus criminels les uns que les autres, et qu'ainsi, de même que la maladie, la transmission héréditaire des tendances criminelles a une évolution progressive. Mais jusqu'au jour où cette progression fatale aura été scientifiquement établie, les généralisations seront absolument sans valeur.

La Diathèse névropathique ou Diathèse du dégénéré, par le Dr G. T. Revington, médecin de l'asile de Prestwich, Lancashire.

Ce mémoire a été commencé dans les fascicules de jan-

vier et avril. L'auteur s'est proposé, d'après 258 observations où il a pu recueillir des renseignements positifs sur les familles de ses malades, d'y établir l'influence de l'hérédité et ses transformations. Il étudie successivement quatorze groupes qu'il nous suffira de passer rapidement en revue. Notons avant tout que, sous le nom de névrose, M. le Dr Revington entend parler même des maladies mentales.

1° L'individu peut se procurer une névrose à lui-même, en dehors de toute influence héréditaire. C'est notamment le cas de l'alcoolique.

2° L'individu peut tenir sa névrose de ses ancêtres. L'enfant né de parents alcooliques peut être imbécile ou épileptique. Il peut être lui-même simplement enclin à l'ivrognerie. Enfin il peut à un moment ou à l'autre verser dans n'importe quelle forme de folie.

3° La névrose acquise peut augmenter de force à chaque génération nouvelle, à moins qu'un nouveau facteur ne vienne en contre-balancer l'influence. Les névralgies, les migraines chez les parents peuvent devenir épilepsie chez l'enfant. D'après le Dr Revington, la névrose transmise et qui augmente ainsi de force apparaît avec une promptitude de plus en plus grande à chaque génération successive.

4° La diathèse peut décroître à chaque génération nouvelle, si l'hygiène morale et physique des individus est soigneusement organisée.

5° La névrose peut sauter une génération, quelquefois sans laisser le moins du monde percer sa persistance dans la génération intermédiaire.

6° Dans certaines circonstances la névrose peut différer de se manifester, et ne se dévoile que par une sorte de sénilité précoce de l'individu.

7° Chez un même individu, différentes formes de névroses peuvent alterner ou se succéder au cours de l'existence. Ainsi les convulsions de l'enfance peuvent devenir épilepsie, chorée, hystérie, à l'époque de la puberté, et folie à l'âge mûr.

8° L'alternance peut se produire entre les diverses générations.

9° Suivant le cas, le père et la mère peuvent avoir chacun une prépondérance prédominante dans la transmission à l'enfant des névroses qui les ont atteints eux-mêmes.

10° Il peut y avoir transmission directe et identique de la même névrose.

11° Un faible degré d'influence héréditaire indique la disparition de la névrose.

12° Au contraire de fortes tendances névropathiques signifient la perpétuation du mal et la tendance à l'aggravation progressive.

13° L'épilepsie est une des névroses qui se transmettent le plus communément.

14° L'influence de l'hérédité se manifeste dans la production de la paralysie générale. Ici le Dr Revington se déclare formellement d'un avis contraire à celui de la majorité des auteurs, qui ne croient pas à l'hérédité dans la folie paralytique. Nous devons dire que les preuves apportées à l'appui de son opinion par le Dr Revington ne sont pas convaincantes, car les individus qu'il cite comme étant devenus paralytiques par hérédité avaient bien, à la vérité, des névropathes dans leurs ancêtres, mais s'étaient livrés eux-mêmes à des excès divers qui peuvent tout aussi bien être invoqués comme les facteurs immédiats de leur paralysie générale.

Comme conclusion de son mémoire, l'auteur signale certaines transformations morbides dont on peut avoir à tenir compte dans l'étude de l'hérédité, et en particulier la transformation des dégénérescences physiques, de la phtisie, des paralysies organiques, et des diverses maladies des centres nerveux.

Les Rapports du Crime et de l'Epilepsie, par le Dr John Baker, ancien médecin-adjoint de l'asile de Broadmoor, pour les aliénés criminels.

A propos de faits récents qui ont fortement ému l'attention publique en Angleterre, et qui concernent des épileptiques meurtriers, le Dr Baker a relevé dans les registres

de l'asile de Broadmoor tous les éléments de statistique intéressants au point de vue des relations qu'il y a entre l'épilepsie et le crime. Quelques-uns des tableaux qu'il a dressés sont fort curieux à étudier. Les éléments de statistique portent sur une période de 23 années, de février 1864 à février 1887.

Dans cette période, l'asile a reçu 1,660 individus, 1,266 hommes et 394 femmes, sur lesquels il y avait 105 hommes et 23 femmes épileptiques. Les crimes commis par ces derniers se répartissent ainsi :

	Hommes.	Femmes.	TOTAL.
	—	—	—
Meurtres	38	16	54
Tentatives de meurtres, etc.	29	2	31
Tentatives de viol	2	»	2
Tentatives de suicide	2	»	2
Vol	24	5	29
Incendie	4	»	4
Divers	6	»	6
TOTAL	105	23	128

De ce tableau il ressort que les violences contre les personnes forment le plus grand nombre des attentats commis par les épileptiques.

La proportion d'épileptiques homicides est de 11 o/o du nombre total d'homicides admis dans l'asile pendant la période en question.

LES DIVERS MODES D'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS ET DES IDIOTS AUX ETATS-UNIS ET DANS LA GRANDE-BRETAGNE, par le Dr HACK TUKE.

Ce mémoire a été communiqué à la section de psychologie, au Congrès international de Washington. M. le Dr Hack Tuke, avec sa grande compétence en pareille matière, y a établi, au prix de difficultés qu'il a su heureusement vaincre, une sorte de parallèle entre les modes d'assistance des aliénés et des idiots employés aux Etats-Unis et en Angleterre.

Il est presque impossible de résumer les documents statistiques et la plupart des détails qui forment la substance de son mémoire. Il faudrait tout citer. Nous nous bornerons à signaler les particularités suivantes.

Le Dr Tuke donne de justes éloges à ce qui a été fait en Amérique pour hospitaliser séparément les aliénés chroniques et incurables.

Il approuve la tendance que, dans ce même pays, on a à approprier les bâtiments nouvellement construits à la catégorie de malades qu'ils doivent recevoir, et de les aménager diversement pour les pauvres et pour les gens aisés.

Il signale ce fait que, si la tendance en Angleterre est d'arriver à la suppression des asiles privés, en Amérique elle est au contraire d'en favoriser l'expansion.

Folie chronique : guérison. Quatre observations, par le Dr S. A. K. Strain, médecin-adjoint de l'asile de Northampton.

L'intérêt de ces quatre observations consiste en ce que les malades ont guéri après un intervalle de temps bien plus prolongé que ce qu'on est d'ordinaire à même de constater. Nous les résumons brièvement.

I. Femme atteinte de lypémanie, avec hallucinations. Internée en 1877. En 1883, elle traverse une phase d'agitation. En mai 1885, la santé physique commence à s'améliorer. En juillet 1887, elle est rendue guérie à sa famille. — Durée du traitement, près de dix ans. Age, au moment de la sortie, 45 ans.

II. Femme atteinte de lypémanie, avec troubles de la sensibilité générale. Internée en 1876. Aucun changement jusqu'en 1882. A cette époque, la ménopause se fit : de ce moment, la santé physique commença à s'améliorer et, en janvier 1884, la malade fut renvoyée guérie. Age, au moment de la sortie, 39 ans. Durée du traitement, huit ans.

III. Femme atteinte de lypémanie, sujette à des accès d'agitation. Internée pour la seconde fois en 1880. En 1882, on remarqua chez elle de l'inégalité des pupilles. Puis elle

eut de l'alternance dans l'agitation et dans la dépression. A partir de 1886, ses accès devinrent de moins en moins violents. En novembre 1887, elle fut considérée comme guérie. Elle avait alors 47 ans et était internée depuis huit ans.

IV. Femme atteinte de manie aiguë, ayant des antécédents héréditaires. Internée en 1879. Elle eut d'abord des alternatives d'agitation et de calme, et il en fut ainsi jusqu'en 1885. A cette époque elle se calma définitivement et, en octobre 1886, elle fut mise en liberté, à l'âge de 34 ans, après sept années de maladie.

BRAIN

Avril 1888.

Paralysie générale et ataxie locomotrice, par le Dr F. St. John Bullen, médecin adjoint du West Riding Asylum.

Ce mémoire, dont tous les détails sont minutieusement étudiés et discutés avec soin, porte sur une seule observation, avec autopsie très détaillée.

Il s'agit d'un homme admis pour la première fois le 4 août 1884, à l'âge de 24 ans, au West Riding asylum. Dans ses antécédents on notait que son père était très irritable et avait des habitudes d'intempérance ; que sa mère était en traitement dans un asile d'aliénés ; enfin que lui-même avait mené une vie de débauche.

Un matin il avait ressenti dans le front une sorte de coup violent, et avait perdu aussitôt connaissance. Après cette attaque il resta en partie paralysé, surtout du côté gauche, mais sans aphasie. Au bout de trois semaines la paralysie disparut, pour faire place à une exaltation mental , qui nécessita l'internement dans l'asile. A ce moment ce malade avait surtout des idées ambitieuses ; il se croyait doué de facultés intellectuelles absolument extraordinaires et disait qu'il parlait sept langues. Comme symptômes physiques il présentait de l'inégalité pupillaire et

de l'incertitude dans la marche. La parole n'était point embarrassée.

Au bout de quelque temps, l'embarras de la parole survint. Les mouvements des jambes devinrent manifestement ataxiques. Pas d'analgésie ni d'anesthésie. La vessie se vidait difficilement.

Peu après se manifestèrent des douleurs lancinantes dans les genoux, ainsi que des sensations anormales dans la langue et dans la bouche.

De novembre 1884 à mars 1886, le malade fut soigné hors de l'asile et on le perdit de vue. Il y rentra à cette dernière époque, agité et désordonné. Alors on nota de nouveau l'inégalité pupillaire, le tremblement de la langue et des muscles de la face. La sensibilité cutanée était obtuse ; mais la sensibilité viscérale était exagérée. Les mouvements des bras étaient devenus ataxiques comme ceux des jambes.

A partir de ce moment il eut, d'une manière constante et progressive, d'une part des signes de déchéance mentale, d'autre part des troubles divers de la sensibilité, douleurs fulgurantes dans les membres et crises gastriques très pénibles.

Il mourut au bout de quelques mois.

L'autopsie fit reconnaître :

1° Du côté de la moelle : des altérations dégénératrices des cordons postérieurs dans toute leur hauteur, altérations visibles à l'œil nu, plus marquées dans la région dorsale inférieure que dans les autres régions. Les autres cordons, un peu altérés dans les régions supérieures, l'étaient de moins en moins dans les autres. La sclérose pouvait être suivie, mais avec quelque difficulté, jusque dans le bulbe et la protubérance.

2° Du côté du cerveau, injection vasculaire des méninges, qui étaient épaissies en plusieurs points. La pie-mère était adhérente au niveau des circonvolutions frontales, lesquelles étaient en outre ramollies et atrophiées.

Ainsi, tant au point de vue clinique, qu'au point de vue anatomo-pathologique, les deux maladies ataxie et paralysie générale étaient assez nettement distinctes. Cependant

le Dr Bullen, tenant compte des travaux récents, relatifs aux perturbations mentales observées dans l'ataxie locomotrice isolée, dans la sclérose en plaques, dans la paralysie agitante, etc., examine si les phénomènes attribuables à la paralysie générale dans le cas présent, ne relèvent pas plutôt de l'ataxie locomotrice. Mais, sans trancher la questions des rapports de l'une et de l'autre maladie, il se prononce, avec juste raison, pour une véritable coexistence.

Cas de méningite chronique, probablement syphilitique, ayant amené une imbécillité progressive, par les Drs Francis Warner et Fletcher Beach.

Il s'agit d'un jeune enfant, mort à l'âge de onze ans, et qui, jusqu'à l'âge de sept ans avait été dans des conditions mentales satisfaisantes. Mis à l'école, il suivait aisément les leçons, et put apprendre à écrire. Les premiers phénomènes morbides observés chez lui furent des maux de tête et de la difficulté des mouvements. A partir de cette époque son intelligence se voila et s'effaça de plus en plus, à tel point qu'en dernier lieu il ne savait plus que dire machinalement « mama » et « dada ». Vers l'âge de neuf ans il eut un premier accès épileptiforme. Après sa mort on fit son autopsie et l'on trouva des signes évidents de méningite chronique. Les auteurs de cette observation, considérant que le père du petit malade était notoirement syphilitique et que, d'autre part, aucun accident ne pouvait expliquer le développement de la maladie, n'hésitent pas à mettre celle-ci sur le compte de la syphilis. Cependant ils omettent de tenir compte d'une autre particularité importante que pourtant ils ont indiquée, à savoir que le grand-père de l'enfant était épileptique.

Deux cas de folie en corrélation avec des lésions syphilitiques du système artériel, par le Dr Geo H. Savages.

Le premier cas concerne un individu qui appartenait à une famille de viveurs. Dès son enfance, il était d'un caractère bizarre et s'adonnait déjà à la boisson. A dix-sept

ans il contracta la syphilis, et n'eut presque aucun symptôme secondaire. Ses habitudes d'intempérance ont persisté. Vers l'âge de trente-un ans il eut une attaque congestive, à la suite de laquelle il resta hémiplégique à droite et aphasique. L'hémiplégie s'améliora, mais non l'aphasie. A partir de cette époque il tomba dans une sorte de mélancolie qui dégénéra bientôt en démence. Il mourut à l'âge de trente-huit ans. A l'autopsie on trouva, dans les artères du cerveau, de nombreux indices d'altérations inflammatoires, qui en avaient amené l'oblitération plus ou moins complète. Aucune trace d'athérome. Dans l'hémisphère droit, en dehors de la terminaison frontale du noyau caudé, il y avait un foyer de ramollissement entourant une petite cavité, de la grandeur d'un haricot. Dans l'hémisphère gauche il y avait un autre foyer de ramollissement ayant envahi la capsule interne, juste en dehors du noyau caudé,

Le second cas concerne un individu dont la grand'mère était épileptique. Sa mère s'était empoisonnée à l'époque de la ménopause. Il fut atteint de syphilis pendant qu'il faisait ses études. A la suite de diverses contrariétés, il fut pris d'insomnie; au bout de quelque temps il eut deux ou trois attaques comateuses, à la suite desquelles il fut pris d'excitation et devint violent. En même temps son intelligence parut s'émousser et il perdit la mémoire. Il se crut persécuté par la police. Après trois mois de traitement dans un asile d'aliénés il eut de l'amélioration et fut rendu à sa famille. Mais au bout de deux ou trois autres mois, il fut pris d'excitation nouvelle, eut des idées ambitieuses, disant qu'il était riche à millions, qu'il était Jésus-Christ, etc.

L'agitation maniaque obligea de l'interner de nouveau. Depuis lors, avec des alternatives de calme et d'excitation, il continua d'être sous l'influence du délire, jusqu'au jour où, en quelques heures, il fut emporté par une attaque congestive apoplectiforme. A l'autopsie on trouva les méninges épaissies en plusieurs endroits. La pie-mère était adhérente à la partie supérieure des circonvolutions frontales. L'artère vertébrale gauche était plus étroite que

l'autre; l'artère basilaire était en partie oblitérée par l'épaississement de ses membranes.

Dans le premier cas, l'influence de la syphilis est moins facile à isoler que dans le second, car le malade avait des habitudes d'intempérance, et par suite son état morbide peut être mis sur le compte de la dégénérescence alcoolique. Dans le second cas, au contraire, il n'y avait rien de semblable ; mais le malade avait des antécédents héréditaires. A tout prendre, il ne semble pas que ces deux faits puissent contribuer à résoudre la question de l'influence de la syphilis sur les maladies mentales. On voit qu'elle coexiste, mais rien de plus.

VICTOR PARANT.

JOURNAUX ITALIENS

LA PSICHIATRIA

(Année 1887, Fascicule I.)

LE HACHISCH ET SON ACTION SUR L'ORGANISME HUMAIN PAR LE Dr BRUNO BATTAGLIA.

L'auteur a observé en Egypte les indigènes qui, dans un but de jouissance, sont adonnés au hachisch comme chez nous on s'adonne à l'alcool. Il distingue parmi eux les fumeurs et les mangeurs. Le fumeur à jeun est, comme l'alcoolique ou le morphinomane, sans énergie, il lui faut le poison pour remonter son organisme. Les deux formes d'aliénation auxquelles le conduit le plus souvent sa passion sont la mélancolie chronique sans délire et surtout la démence apathique, deux états incurables ; aussi, mis dans l'impossibilité de satisfaire sa passion, il guérit des troubles physiques dont il souffre, non des troubles mentaux. D'ailleurs les fonctions végétatives, chez lui, s'accomplissent d'ordinaire normalement, il dort bien et n'a pas d'halluci-

nations. Le mangeur, lui, avant d'aboutir à la démence, passe, chaque fois qu'il absorbe le hachisch, par une ivresse hallucinative expansive et souvent violente, qui ne se montre jamais chez le fumeur. L'auteur croit que le poison agit surtout sur les cellules de la couche corticale.

Fascicules II-III.

SUR LA TRANSMISSION DE LA RAGE PAR LA VOIE DES NERFS, par les Drs A. SI VESTEA et C. ZAGARI.

Dans ce mémoire les auteurs soutiennent la transmission de la rage par les nerfs. A l'appui de leur opinion ils établissent qu'on peut transmettre la rage aux animaux en injectant directement le virus dans l'épaisseur des nerfs, et qu'il en résulte une forme typique de rage expérimentale dont la symptomatologie trouve une explication naturelle dans les rapports du nerf inoculé avec l'axe cérébro-spinal. Ils rapportent aussi que, cliniquement, dans un certain nombre de cas de rage humaine, il existe un rapport entre le siège de la morsure et les symptômes, ainsi si ce siège est à la tête ou aux membres thoraciques, les grands symptômes bulbaires et corticaux prédominent, tandis que les phénomènes spinaux manquent ou sont les derniers à se montrer; l'inverse a lieu dans les morsures des membres inférieurs.

AFFECTIONS OCULAIRES ET TROUBLES VISUELS DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE, par le Dr SGROSSO.

L'oculiste italien a fait porter ses recherches sur 44 paralytiques généraux à toutes les périodes de la maladie. Il conclut en niant l'existence de lésions endoculaires caractéristiques des divers stades de la paralysie progressive. Il insiste toutefois sur une forme particulière de conjonctivite qu'il a rencontrée assez souvent chez les paralytiques avancés, conjonctivite due à une stase sanguine, dans laquelle au début la sécrétion manque, puis apparaît une mucosité qui devient par la suite puriforme; elle aurait aussi comme caractère distinctif son aspect rouge sombre

ou rouge bleuâtre. D'après M. Sgresso, la dyscromatopsie et l'acromatopsie de ces malades ne seraient dues qu'à la démence. Il a trouvé pourtant dans quelques cas des atrophies partielles de la choroïde, une fois un état trouble de la rétine, une autre fois une hémorrhagie de cette membrane, mais jamais rien dans l'appareil oculomoteur. D'après les faits observés, l'acuité visuelle baisserait avec les progrès de l'affection paralytique et l'altération la plus fréquente serait un certain degré d'atrophie de la papille.

L'ÉVOLUTION ACTUELLE DE LA MÉDECINE LÉGALE ET L'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE, par le professeur ANGELO ZUCCARELLI.

La conclusion théorique de ce mémoire : tout homme au physique et au psychique, n'est ni plus ni moins que le résultat de ces trois facteurs complexes : 1° Alcoolisme; 2° Développement de la constitution individuelle; 3° Influence du milieu ambiant physique et social. La conclusion pratique : la médecine légale, complétée par l'anthropologie criminelle, après avoir, comme par le passé, aidé la justice dans l'évaluation du dommage social, dans la déterminaison des causes criminelles involontaires ou naturelles, et dans l'indication du coupable, devra ensuite décider de l'entité psycho-somatique de celui-ci, de son incorrigibilité ou non ; devra quand il est corrigible, conseiller les moyens opportuns et les mesures adéquales de traitement correctif et curatif, et si le danger pour la sécurité sociale est péremptoirement démontré, les modes de séquestration perpétuelle.

Fascicule IV.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA LOCALISATION DU RÉFLEXE PATELLAIRE DANS LA MOELLE ÉPINIÈRE PAR LE Dr FORNARI.

L'auteur rapporte en détails une observation suivie d'autopsie qui confirme en tous points la localisation de Westphal; c'est là le seul intérêt du cas.

Troubles psychiques provoqués et entretenus par les maladies de l'oreille, par le professeur Vincenzo Cozzolino.

Le professeur Cozzolino pense, avec raison à mon avis, que les maladies de l'oreille sont incapables par elles-mêmes d'amener la folie, et qu'elles ne peuvent avoir d'action que chez les prédisposés vésaniques. Cela établi, il termine son mémoire par les deux conclusions suivantes : 1° Les lésions de l'oreille sont fréquentes chez les aliénés, et dans un grand nombre de cas dont l'importance reste à déterminer, elles prennent une part importante à la production des hallucinations de l'ouïe et des troubles intellectuels consécutifs ; 2° En présence d'un malade atteint d'hallucination de l'ouïe, il faut toujours examiner les oreilles, parce que dans le cas d'un examen positif, une cure appropriée et pratiquée en temps opportun est capable de contribuer à la guérison et dans beaucoup de cas de relations directes on peut ainsi en guérissant la cause unique qui a engendré et qui perpétue la psychose sensorielle y remédier d'une manière complète et durable.

Recherches histologiques sur la rage, par V. Gianturco.

M. Gianturco est amené par ses premières recherches qu'il compte d'ailleurs poursuivre à croire que dans l'hydrophobie la lésion la plus constante est vasculaire et se manifeste par de l'infiltration symphoïde autour des vaisseaux et par la production de foyers de petites cellules qui, quelque fois, sont dépendants d'un vaisseau sanguin, et d'autres fois, au moins en apparence, sont indépendants. Les cellules nerveuses ne seraient affectées que de condensement et présenteraient un état regressif.

Paralysie générale progressive. La marche et les ...flexes. Solutions étudiées dans leurs rapports avec ...sions des sciatiques et de la moelle épinière, par le ... Guiseppe d'Abundo.

Mémoire qui aurait beaucoup gagné à être moins riche

de digressions, plus condensé et à se terminer par des conclusions nettement formulées. M. d'Abundo distingue trois variétés de marche chez les paralytiques : 1° Marche ataxique centrale, caractérisée par la succession de contractions brusques et isolées des muscles des jambes et des cuisses, dans ces cas prédomineraient les lésions des cordons latéraux de la moelle et la névrite interstitielle d'intensité variable dans les nerfs sciatiques et leurs divisions ; 2° Marche ataxique spinale, avec altérations dans les cordons latéro-postérieurs et névrite parenchymateuse, dans les sciatiques ; 3° Varice caractérisée par la stabilité sur les deux pieds menée à yeux bandés avec hésitation sur un pied et dans la marche à pas comptés ; elle serait en rapport avec un certain degré d'atrophie générale de la moelle épinière intégrale des nerfs sciatiques.

Dr E. MARANDON DE MONTYEL.

BIBLIOGRAPHIE

La Raison dans la Folie, par le Dr V. Parant.

Raison et folie, deux mots qui au premier abord paraissent hurler de se trouver accolés ; et cependant en réalité la folie n'exclut pas la raison d'une manière absolue. Tous ceux qui ont l'habitude des aliénés savent que la raison persiste à différents degrés et sous diverses formes dans la plupart des cas de folie, même les mieux caractérisés ; la plupart des aliénés, en bien des circonstances, commettent des actes dont ils ont plus ou moins conscience, dont ils apprécient plus ou moins complètement la portée. Cette vérité incontestable méritait d'être bien mise en lumière pour les gens du monde qui s'imaginent que raison et folie sont des termes qui s'excluent formellement, et aussi pour les médecins qui n'ont acquis aucune connaissance en médecine mentale.

Le livre de M. Parant remplit heureusement cette lacune, et à ce titre a sa place marquée dans toutes les bibliothèques. Il est difficile d'analyser en quelques lignes un travail de cette nature, aussi nous bornerons-nous à en donner les conclusions.

Conclusion. — L'aliénation mentale consiste essentiellement dans l'oblitération partielle ou totale de la raison. Du moment où il n'a plus l'intégrité de sa raison, l'individu est véritablement aliéné. Il faut donc chercher à reconnaître son état de folie, non pas d'après ce qui lui reste de raison, mais d'après ce qui lui en manque.

Ce principe incontestable et très important, que nous avons énoncé dès le début de notre ouvrage, parce qu'il en était le point de départ, en forme aussi la conclusion

naturelle; il ressort des développements dans lesquels nous sommes entrés, des faits que nous avons réunis.

Nous avons établi que chez les aliénés, les facultés de raison peuvent persister à un degré plus ou moins élevé. Nous avons constaté successivement la persistance partielle de l'intelligence, du jugement, de l'esprit de conduite, de la logique ; nous avons vu que les facultés d'esprit se présentent soit isolées, soit combinées ensemble, et quelquefois dans un état si voisin de la perfection que naturellement elles font illusion et cachent aux regards inexpérimentés les marques de la folie.

Ce qui, du reste, rend l'illusion facile, c'est comme nous l'avons dit, l'idée qu'on se fait communément de la folie. La plupart des gens sont disposés à ne considérer comme aliéné que l'individu qui agit continuellement d'une manière extravagante ou désordonnée, qui se trompe dans toutes ses appréciations, qui ne peut enfin exercer sur lui-même absolument aucun empire, et s'abandonne complètement aux caprices de ses incitations morbides.

Mais cette conception de l'aliénation mentale est beaucoup trop exclusive, elle n'envisage réellement qu'une des variétés de la folie, variété qui n'est pas du tout la plus fréquente. La folie comporte bien d'autres manières d'être ; elle a d'autres manifestations, elle peut se présenter sous des aspects tout différents de ceux dont il vient d'être question et en allant aussi loin que possible, on est en droit de dire qu'elle peut se montrer sous le masque de la raison, avec ses marques et ses attributs.

Il faut donc qu'on le sache bien, et nous ne craigno pas d'insister sur ce point : la folie n'est pas absolume incompatible avec les manifestations de la raison. Il n'e pas vrai de dire que du moment où la folie commen toute trace de raison doive aussitôt disparaître. Ces d éléments, folie et raison, bien que contraires l'un à l'aut peuvent rester juxtaposés. On ne peut pas dire, sans dou qu'ils se confondent ; mais en certaines circonstances, leur arrive de se mettre au service l'un de l'autre ; plutôt il arrive que la folie se sert de la raison, qu'elle cache derrière elle, et qu'elle en fait un usage que, d

une certaine mesure, on est autorisé à qualifier de raisonnable.

Un aliéné, un fou, peut tenir, quelquefois longuement, des conversations qui paraissent pleines de bon sens ; il peut écrire des pages où tout semble paraître judicieux ; il peut, sur certains points et à certains moments, raisonner, juger, agir de la même façon que pourrait le faire l'homme vraiment raisonnable. Il n'en est pas moins aliéné, et ce n'est pas d'après les apparences, les restes de raison qu'il présente, qu'il faut le déclarer exempt d'insanité d'esprit.

En effet, toutes les fois que, chez un individu présumé aliéné, les manifestations de la raison semblent normales, que le trouble d'esprit dissimule sous des dehors trompeurs, mais que cependant des signes certains permettent d'affirmer l'existence de la folie, c'est d'après ces derniers qu'il faut se faire une opinion définitive, sans tenir compte des apparences contraires.

L'individu qui semble ne déraisonner en rien, dont la tenue est correcte, dont les conversations sont bien coordonnées, dont toutes les façons d'agir semblent à première vue régulières, mais qui cependant est obsédé par des hallucinations aux incitations desquelles il s'abandonne, qui a des impulsions irrésistibles, qui présente des alternatives de dépressions ou d'exaltation plus ou moins fortes, sous l'influence desquelles se modifient ses dispositions affectives et morales, qui, en un mot, est soumis à une influence morbide, cet individu, parut-il tout à fait raisonnable, n'en est pas moins véritablement aliéné, il est exposé à tous les accidents, à toutes les vicissitudes, à tous les désordres qu'amène l'aliénation mentale ; il a perdu son libre arbitre, sa folie est indéniable, et il doit être traité et jugé en conséquence.

En fin de compte, il y a des cas où les aliénés se montrent si raisonnables qu'on pourrait ne pas les croire aliénés ; ils le sont néanmoins ; aussi, pour apprécier leur état, on doit s'en rapporter avant tout aux signes certains de folie qu'ils présentent et ne pas oublier que, contrairement à l'opinion commune, on trouve presque toujours, à des

degrés divers, la persistance partielle de la raison dans la folie.

Ch. V.

Leçons sur les fonctions motrices du cerveau et sur l'épilepsie cérébrale, par François Franck. (Cours du Collège de France, 1884-1885). Paris, 1887.

La physiologie cérébrale présente encore bien des parties obscures.

Deux grands sujets de discussion existent, en particulier, entre les expérimentateurs : la nature fonctionnelle des régions cérébrales dites motrices, et l'excitabilité propre de l'écorce du cerveau.

Un troisième point est encore contesté, c'est la localisation des fonctions motrices dans le cerveau.

Tels sont les sujets que M. François Franck a successivement abordés. Sa situation spéciale au Collége de France, ses longues études antérieures et, par dessus tout, un rare talent d'observation uni au jugement le plus droit, le mettaient mieux à même que personne d'élucider ces points délicats de physiologie cérébrale.

On peut dire que ce sont les questions qui passionnent le plus le monde des physiologistes et des médecins. Aussi était-il nécessaire d'y apporter une précision et une rigueur absolues. C'est ce qui nous explique la multiplicité des expériences, la minutie de leurs détails, ainsi que le grand nombre de figures et de graphiques qui enrichissent le travail de M. François Franck.

Dans une première partie, nous trouvons l'exposé des principaux faits expérimentaux et cliniques accumulés depuis la découverte de Fritsch et Hitzig, et relatifs aux effets des excitations et des destructions localisées du cerveau. La seconde partie contient la critique des théories et se trouve naturellement divisée en trois chapitres : 1° Discussion de l'excitabilité propre de l'écorce cérébrale ; 2° discussion de la nature fonctionnelle des régions corticales qui sont en rapport avec le mouvement volontaire ; 3° discussion de la doctrine des localisations motrices.

C'est avec M. Pitres que l'auteur a poursuivi ses recherches depuis plusieurs années. Par la méthode graphique, par l'observation clinique et par l'examen histologique, ils ont réuni un faisceau de preuves des plus convaincantes.

En voici les points les plus intéressants.

Les excitations mécaniques de la surface des circonvolutions provoquent des réactions quand l'écorce est très excitable, et souvent des accès convulsifs, s'il y a hyperémie corticale. Elles n'agissent que quand elles sont appliquées à la zone motrice. Les excitations mécaniques de la substance blanche, même au niveau de la capsule interne, si excitable cependant, ne produisent jamais d'effets moteurs.

Les excitations électriques, convenablement appliquées, tout en traversant l'appareil cortical, mettent cependant en jeu cet appareil qui traduit son intervention par le caractère spécial des réactions : la différence entre les effets des excitations de la substance blanche et de l'écorce devient dès lors démonstrative au point de vue de l'excitabilité propre de l'appareil cortical. Les principaux caractères différentiels sont les suivants : l'excitabilité corticale est beaucoup plus grande que celle du centre ovale et moindre que celle de la capsule interne ; le retard des réactions corticales est de un quart ou un tiers plus long que celui des réactions centro-ovalaires : les caractères graphiques des secousses et du tétanos d'excitation sont différents de part et d'autre ; les accès épileptiques vrais ne peuvent être produits que si l'écorce intervient, qu'elle soit volontairement ou accidentellement mise en jeu.

Certaines influences, agissant sur l'appareil cortical, telles que la réfrigération locale, l'inflammation, les excitations antérieures, modifient en plus ou en moins ses réactions propres ; l'écorce perd temporairement son activité par épuisement post-épileptoïde ; l'asphyxie, la chloralisation, l'intoxication par la morphine, par l'absinthe, agissent également sur elle pour en supprimer ou en atténuer notablement l'activité propre.

Quant aux objections faites à la doctrine localisatrice, au nom des résultats des excitations et des lésions corticales,

elles ne paraissent pas de nature à modifier son opinion, à savoir que, quelque idée qu'on se fasse de la nature fonctionnelle des régions dites motrices, c'est seulement au niveau de certaines parties du cerveau que les excitations provoquent des mouvements et les lésions circonscrites des paralysies motrices : la doctrine des localisations est là tout entière ; elle reste donc intacte.

Telle est la conclusion de ce beau livre, qui, s'il ne tranche pas définitivement la question des localisations cérébrales, pèse du moins d'un poids considérable en leur faveur.

DESCOURTIS.

Etude séméiologique sur le délire des grandeurs, par le Dr L. KLEIN, interne des Asiles de la Seine. Thèse de Paris, 1888.

Etude séméiologique sur le délire hypochondriaque, par le Dr MARS. Thèse de Paris, 1888.

Nous avons lu bien des thèses inaugurales portant sur des questions de médecine mentale et faites ces dernières années. On prend un symptôme, intéressant ou non, et, avec deux ou trois observations à l'appui, on fait un chapitre de diagnostic et de pronostic. On analyse et on commente les faits. Puis, dans une synthèse timide, l'aliéniste *d'occasion* généralise et pose des conclusions, absolument injustifiées la plupart du temps.

Prenant, en effet, pour une véritable entité morbide un simple symptôme, il ignore que les types nosologiques sont une rareté en pathologie mentale.

Bien souvent, alors, on a devant les yeux une confusion regrettable de différents symptômes qui devraient être considérés comme des manifestations d'états psychologiques absolument différents, et que l'on doit considérer, au contraire, comme dérivant d'une même affection.

Dans cet ordre d'idées, nous pourrions citer bien des monographies ayant trait, par exemple, à l'étude du délire mystique, du délire des persécutions, etc. Dès les premières pages nous pourrions montrer que ces auteurs

ne connaissent pas *les aliénés* et qu'ils confondent toûtes sortes d'états morbides ayant un vêtement commun : idées mystiques, idées érotiques, idées de persécution.

Or, c'est précisément à ce point de vue que nous tenons à analyser deux bonnes thèses qui, pour cette raison, méritent plus qu'une mention banale.

Car toutes deux, différant en cela absolument des thèses précédentes, tiennent surtout compte des malades, et comprennent deux études *seméiologiques* approfondies.

I. — Dans un excellent travail, M. le Dr Klein a mis à contribution son internat dans les asiles d'aliénés et son passage à la Clinique de la Faculté pour recueillir des faits cliniques intéressants sur une question à l'ordre du jour, le *délire des grandeurs*. Et, disons-le de suite, il était des mieux placés pour mener à bien cette tâche entourée de difficultés.

Non que cette question du délire des grandeurs n'ait pas été traitée, et par plusieurs auteurs, mais c'est précisément parce que ce sujet avait déjà été traité qu'il était difficile. A part quelques rares auteurs, et M. Foville en particulier, qui, du reste, n'avait étudié *qu'une partie* des délires des grandeurs, la plupart des écrivains se sont placés à un point de vue particulier, dans l'étude de ce chapitre de psychiâtrie, d'une importance pratique cependant si considérable.

Comme nous le disions plus haut, confondant chez des aliénés *différents*, ce vêtement commun, le délire des grandeurs, ils décrivent une maladie à autonomie, à individualité propre, et par là même à évolution commune, au même titre que la pneumonie. De là, on le prévoit, une confusion regrettable?

C'est qu'en réalité le délire des grandeurs, en médecine mentale, loin d'être une maladie franche, n'est, au contraire, qu'un symptôme. C'est même un symptôme commun à une foule de types morbides, puisque d'après un tableau comparatif dans lequel nous avions recueilli, pendant deux ans, toutes les affections mentales « *à syndrôme : délire des grandeurs* », nous l'avions trouve.

avec des *caractères différents*, il est vrai, dans *presque toutes* les déviations psychologiques (1).

Or, ce sont précisément ces caractères différentiels que le Dr Klein s'est proposé d'étudier dans sa thèse inaugurale. Dans une étude de séméiologie de cette espèce, il fallait voir et comparer un nombre considérable de malades pour arriver à des conclusions rigoureuses, et non plus se contenter, comme précédemment, de deux ou trois faits. Il fallait pour mener à bien cette étude séméiologique du délire des grandeurs, une observation journalière de plusieurs mois, et suivre de nombreux malades pendant des semaines entières.

Il fallait non seulement voir et comparer, je le répète, la plupart des maladies de l'esprit, mais bien distinguer, dans les différents types, le simple optimisme, les idées de satisfaction, des idées ambitieuses, puis les *idées* ambitieuses des *délires* de grandeur systématisés.

On ne saurait trop, en médecine mentale, multiplier ces études séméiologiques, d'abord parce qu'elles contribuent largement à aider le praticien dans les questions de diagnostic, et, partant, de pronostic, auxquelles on ne saurait trop s'intéresser. De plus, point sur lequel nous aimons à revenir, dans un autre ordre d'idées, elles donnent une méthode quasi sûre pour mesurer l'instruction médicale de leurs auteurs. Combien, en effet, elles offrent de supériorité sur les thèses inaugurales sur la psychiâtrie qui vont tout les ans en augmentant, et qui, étudiant chez un malade la première bizarrerie venue, font, en huit jours, une thèse *anecdotique*, sans aucune valeur.

On peut dire, qu'à ce titre, M Klein, mettant à contribution des matériaux précieux, a fait une œuvre utile et, avant tout, clinique.

D'abord, et c'est un point sur lequel l'auteur insiste avec raison, dans l'immense majorité des cas, le délire des grandeurs et purement *symptômatique*. La plupart du temps les idées ambitieuses ne sont qu'un symptôme. Et

(1) Cette leçon, que nous avons faite dernièrement dans l'amphithéâtre de la Clinique, sera, du reste, publiée ultérieurement.

c'est là une vérité qu'on ne saurait trop mettre en lumière à une époque où l'on a les plus grandes tendances à multiplier les formes mentales, les entités morbides, tendance qui n'a pas peu contribué à jeter la confusion dans l'étude de la psychiâtrie. Or de pareilles tendances, nettement accusées dans les récentes thèses sur l'aliénation, indiquant une tournure d'esprit fâcheuse, sans compter qu'elles engagent la médecine dans une voie regrettable au premier chef, et peu scientifique. Car elles rabaissent les *observations* cliniques au rang de simples *faits divers*, et font, de monographies dont le but est d'observer le malade, de véritables recueils de nouvelles, dans lesquels on a vite perdu de vue la maladie, pour ne s'occuper que du côté anecdotique, quand ces faits ne sont pas pris entièrement et découpés à la quatrième page des journaux.

Ce reproche, qui a pu être formulé avec beaucoup de raison, ne peut, certes, s'adresser à la thèse que nous analysons en ce moment. Après avoir développé longuement ce point important que les *idées de grandeurs* peuvent être symptomatiques dans beaucoup d'affections mentales, le Dr Klein donne des aperçus physiologiques nouveaux du délire ambitieux en général, et développe cette idée de M. Cotard que ce délire, comme tous les délires en général, du reste, est le résultat des sensations perçues par les aliénés.

L'auteur aurait peut-être pu, à ce point de vue, faire quelques rapprochements avec les autres vésanies, mais il y a là une tentative heureuse pour une question aussi difficile que celle de la pathogénie intime des idées délirantes.

Puis vient la partie clinique du mémoire qui comprend une étude différentielle et séméiologique très complète de toutes les affections mentales dans lesquelles se trouve le syndrôme : *délire des grandeurs*. Et c'est la partie importante et incontestablement originale de cette thèse. L'auteur passe ainsi successivement en revue et oppose : La paralysie générale, le délire des persécutions, le délire ambitieux primitif, la dégénérescence mentale, les démences,

les différentes variétés d'alcoolisme, etc., etc. Ces différents chapitres seront certainement lus avec intérêt.

Il me semble cependant que l'auteur aurait pu donner plus de développements au chapitre très écourté des démences. On sait, en effet, quel rapport intéressant les différentes démences présentent avec les idées de grandeurs. Je concède que le véritable délire des grandeurs soit rare, mais sans sortir des limites, du cadre de son sujet, l'auteur aurait pu parler avec quelques détails d'un symptôme bien commun dans les démences, les idées de satisfaction de l'optimisme, qui ressortissent en effet absolument au délire des grandeurs, dont elles sont le premier degré, et qu'elles annoncent souvent.

Dans la paralysie générale, par exemple, c'est une gamme clinique des plus communes et qui se termine même par un troisième degré, le délire des grandeurs hyperbolique.

Or, je tiens le cas comme *fréquent* dans la démence, et je pourrais en citer personnellement plusieurs observations.

Il est vrai d'ajouter qu'ici le cadre était très vaste et qu'il fallait savoir se limiter.

Quoiqu'il en soit de ces réserves, le travail de M. le Dr Klein est une œuvre originale et surtout *consciencieuse*, que tous les médecins, même en dehors de la spécialité, liront avec fruit.

II. — Le Dr Mars a fait pour le *délire hypochondriaque* ce que M. Klein a fait pour le *délire des grandeurs*. Et on lira également avec intérêt cette seconde étude séméiologique d'un symptôme bien commun en médecine mentale, l'hypochondrie.

Dans une première partie le Dr Mars étudie les délires hypochondriaques *symptomatiques*. Il passe ainsi en revue successivement la paralysie générale, l'alcoolisme, le délire des persécutions, les différentes variétés de démence. — On pourrait ici faire à l'auteur le reproche d'avoir omis quelques affections ou le syndrôme hypochondrie pouvait apparaître, mais il a soin, dès le début, d'avertir le lecteur qu'il ne parlera que des affections *délirantes* où on le

trouve le plus souvent. Il éliminait ainsi la syphilis, la démence apoplectique, etc., etc.

Cette étude symptomatique est précédée d'un chapitre très bien écrit sur l'*hypochondrie simple*, placée seulement sur les *frontières de la folie*, dont la lecture sera très attrayante. Nous ne devons pas omettre non plus un historique très complet de la question et qui dénote des recherches longues et consciencieuses.

Dans une seconde partie, qui sera certainement le point original de son travail, M. Mars traite du *délire hypochondriaque idiopathique* auquel il réserve le nom de *nosomanie*. Il apporte des observations indiscutables et à l'abri de la critique, à l'appui de la thèse qu'il soutient contre une Ecole qui voudrait, poussée par un amour exagéré de la synthèse, ranger cette nosomanie parmi les syndrômes des héréditaires dégénérés. — Nous ne voulons certes pas nier l'existence de ce grand complexus morbide, la dégénérescence mentale, dont l'individualité, l'autonomie sont affirmées par un état mental, par un délire, par des accidents épisodiques (*syndrôme épisodique*) bien spéciaux. Mais je crois que le cadre tel qu'on l'a délimité dernièrement est trop compréhensif; je crois avec M. J. Talat qu'il faut s'en tenir aux limites indiquées par Morel et déjà si vastes, et refuser d'y faire entrer des formes spéciales comme la folie du doute, le délire émotif.

Nous ajouterons avec le Dr Mars, que tout en admettant qu'il y a des dégénérés hypochondriaques, il y a des hypochondriaques qui ne sont pas des dégénérés. Il y a des hypochondriaques qui ne rentrent dans aucun groupe. Ces hypochondriaques seront précisément les *nosomanes idiopathiques*.

La lecture de cette thèse, nourrie de faits, convaincra je n'en doute pas, les adversaires du délire hypochondriaque idiopathique. On ne saurait en faire un meilleur éloge.

G. PICHON.

Traité pratique et clinique d'hydrothérapie, par M. E. DUVAL. In-8 de 900 pages. J.-B. Baillière et fils.

Les nombreux ouvrages de ce genre publiés jusqu'à ce

jour, ne remplissaient pas le double but auxquels ils étaient destinés. Car non seulement un livre de cette sorte doit être pour le médecin un conseiller où se trouvent les notions scientifiques nouvelles et les progrès réalisés, mais il doit aussi renfermer sous une forme simple et complète tous les renseignements dont peuvent avoir besoin les malades et les personnes qui les approchent. Et certes, c'est bien là le volume exclusivement pratique qui était attendu. Son unique ambition, vous dit l'auteur, est de communiquer aux lecteurs qui voudront bien le lire les résultats d'une expérience de plus de vingt-cinq années dans l'application d'une médication puissante.

Il est divisé en cinq parties. Après avoir tracé un aperçu historique aussi complet que possible de la méthode dans un premier chapitre, l'auteur passe à l'étude des applications de l'hydrothérapie; puis, les agents et les différents procédés sont successivement exposés avec des figures dans les deuxième et troisième parties.

Suit alors, par ordre alphabétique, la liste des faits cliniques et c'est là une des parties les plus intéressantes. C'est la marche triomphale de l'hydrothérapie à travers la pathologie. Les maladies organiques du cœur et la tuberculisation pulmonaire, où on ne la redoute que parce qu'on ne sait pas l'y utiliser; les affections de l'appareil digestif, où son action est si rapidement et si éminemment bienfaisante; la siphylis même, dont elle combat l'influence cachectisante; l'anémie, la chlorose, les affections nerveuses sont toutes maladies où l'hydrothérapie est triomphante.

Dans l'aliénation mentale, le délire des persécutions, dont l'auteur cite un cas remarquable de guérison, l'hypochondrie, la mélancolie, la chorée, la congestion, la constipation, les vertiges, l'épilepsie, le délirium tremens, etc., l'auteur a obtenu des succès réellement dignes d'être notés. Chaque étude est suivie d'observations détaillées et intéressantes prises non seulement dans le domaine spécial de la pathologie mentale et nerveuse, mais aussi dans le camp beaucoup plus vaste de la pathologie médicale ordinaire.

Enfin, M. Duval, dans une dernière partie, étudie la discussion des théories sur la doctrine hydrothérapique, il a cherché, s'il était possible, d'une façon précise et vraiment scientifique, d'expliquer les bienfaits de la méthode qu'il préconise. Que l'on ne se figure cependant pas qu'il veuille persuader le lecteur que l'hydrothérapie soit la panacée universelle, certes non. Mais comme il le dit avec raison, cette thérapeutique qui a déjà joué un grand rôle dans les divers traitements, doit occuper et occcupera une des premières places parmi les médications modernes.

En résumé, cet ouvrage, le plus complet des traités d'hydrothérapie que nous possédons, nous offre, outre l'exposé de toutes nos connaissances à ce sujet, le fruit de la longue expérience de l'auteur, qui a consacré toute sa vie à cette étude laborieuse. Il est présenté d'une façon méthodique et fort claire, et ce qui ne peut déplaire à personne, le style est d'une précision, d'une netteté et d'une originalité remarquables.

Ch. Lefèvre.

Contribution à l'étude de la sclérose latérale amyotrophique. Thèse de Paris (octobre 1887), par Florand, interne des hôpitaux.

La sclérose latérale amyotrophique est constituée anatomiquement par une sclérose du faisceau pyramidal avec atrophie des cellules des cornes antérieures. L'altération peut porter à la fois sur les trois portions : encéphalique bulbaire et médullaire du faisceau pyramidal ou seulement sur l'une d'elles. Quand la sclérose est limitée au bulbe, elle entraîne le *syndrôme labio-glosso-laryngé*. Aussi peut-on considérer ce syndrôme comme la forme bulbaire de la sclérose latérale. Les symptômes qui consistent en paralysie, contracture et atrophie des muscles innervés par les nerfs moteurs peuvent se montrer plus ou moins atténués. Il en résulte des formes incomplètes de la maladie qui ont pu permettre de nier l'autonomie de la sclérose latérale.

Il paraît plus probable au contraire qu'il faut lui ratta-

cher une partie des *atrophies musculaires*, celles d'origine myélopathique et faire rentrer les autres dans les myopathies primitives.

Ch. L.

Impulsions et amnésies, responsabilité chez les aliénés. Thèse de Paris (juillet 1887), par Edm. Blaise, interne des Asiles.

D'après l'auteur, sur 1,013 malades entrés dans le service de l'admission, 263 ont présentés des impulsions et des anémies.

Les impulsions se rencontrent le plus souvent chez les idiots, les imbéciles, les débiles, les paralytiques généraux, les alcooliques, les épileptiques, les excités maniaques, les persécutés, les mélancoliques, les hystéro-épileptiques, les absinthiques, les hémiplégiques et les malades atteints de traumatisme crânien.

L'impulsion est un phénomène physiologique qui a son origine dans l'excitation subite d'un centre nerveux. C'est elle qui trouble l'équilibre cérébral du malade dont les centres modérateurs affaiblis et impuissants sont insuffisants pour l'atténuer. La cause peut n'être pas apparente ou — résulter d'une hallucination, — la conscience ne subsiste pas toujours intégralement.

Les amnésies font souvent partie du cortège des manifestations impulsives, surtout quand il y a inconscience et irrésistibilité, de même on les observe dans les crises d'alcoolisme.

Après ces quelques données, l'auteur discute la responsabilité que l'on peut accorder aux malades.

Il base cet examen sur le rapport qu'il y a entre la puissance des centres surexcités et celle des centres affaiblis. De plus, l'amnésie totale entraîne l'irresponsabilité.

Vient ensuite une série de trente observations détaillées et qui constituent la meilleure partie du travail, dont les dernières pages sont une revue des actes impulsifs étudiés dans chaque forme de maladie.

Chez les déments, les paralytiques généraux, les imbé-

ciles, l'impulsion revêt un caractère de niaiserie, de débilité mentale.

Chez les épileptiques, la note violente, agressive, domine avec perte de la mémoire.

Chez les alcooliques, elles éclatent sous l'influence d'idées terrifiantes. Elles sont soudaines, reflètent la peur, et souvent il y a conservation, sinon sur le moment, au moins quelques temps après, de la mémoire.

Dans l'excitation maniaque, la violence existe aussi, mais la conscience et le souvenir persistent.

Dans le délire de persécution, elles ont plutôt un caractère défensif et violent avec conservation du souvenir,

C. L.

NOUVELLES

Nous sommes heureux d'enregistrer la nomination de notre ami et collaborateur, le docteur Rouillard, aux fonctions de chef de clinique des maladies mentales à l'asile Saint-Anne.

Le rare savoir du docteur Rouillard sur tout ce qui touche à la neurologie et aux maladies mentales, savoir dont il a maintes fois donné les preuves : dans sa thèse sur les amnésies alcooliques, dans des études parues ici même, dans les revues critiques récemment publiées par *la Gazette des hôpitaux*, et aussi les aptitudes administratives qu'il a déjà révélées dans son passage à l'asile comme chef de clinique adjoint, font de sa nomination une bonne fortune et pour la science et pour l'Asile Saint-Anne.

Dans le même concours, M. le Dr René Sémelaigne a brillamment enlevé la place de chef de clinique adjoint; nous n'attendions pas moins du représentant le plus jeune d'une illustre famille d'aliénistes. M. René Sémelaigne a montré dans sa thèse récente sur l'œuvre de Philippe Pinel un rare talent de critique et de chercheur. Nous ne doutons point que la situation officielle à laquelle il a été élevée ne soit le point de départ d'une série de travaux originaux que nous nous empresserons de signaler à nos lecteurs.

Nous recevons de Lisbonne le 1er numéro d'une *Rev[ue] de neurologie et psychiâtrie,* publiée sous la direction [du] Dr Bettencourt-Rodrigues.

Ancien interne de M. le Professeur Ball à la clinique d[es] maladies mentales, le Dr Bettencourt n'est pas un incon[nu] pour les lecteurs de *l'Encéphale* ; il y a publié, en 1885, u[ne] interressante étude : *De l'état des réflexes chez les par[a]lytiques généraux.*

Dans le 1er numéro de sa Revue, le Dr Bettencourt adre[sse] un hommage respectueux à son éminent maître ; il mont[re] l'influence prépondérante de la France dans le mouvem[ent] de la pathologie mentale au 19e siècle, et il se déclare r[é]solument le disciple des maîtres français. — D'autres ar[ticles] très soignés complètent ce numéro.

Nous sommes heureux d'adresser à cette nouvelle rev[ue] les meilleurs vœux pour son succès.

Paris. — H. Noirot, imprimeur, 22, rue de l'Abbaye.

L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

CHRONIQUE

LES VISITES PUBLIQUES

DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

L'enseignement des maladies mentales comporte de nos jours un complément nécessaire, il ne suffit pas de montrer des malades aux élèves, il faut aussi leur montrer les magnifiques établissements consacrés par le département de la Seine à leur hospitalisation.

L'opinion, reine du monde, est une reine qui a le plus grand besoin de compléter son éducation. Nous savons par une triste expérience, que les fables les plus absurdes circulent dans le public au sujet du traitement des aliénés et s'étalent, sans rencontrer d'opposition, dans les colonnes des journaux politiques.

T ut recemment, l'affaire absurde du baron Seillière a so vé une tempête dont les flots sont venus battre les pi . de la tribune française. Un député, M. Gaillard (de Va 'use) n'a pas craint d'appeler nos asiles « ces bastilles m nes où l'on fabrique des fous. » Nous savons bien,

sans doute, que si les hommes du Nord ne disent pas la moitié de ce qu'ils pensent, les orateurs du Midi ne pensent pas en général la moitié de ce qu'ils disent ; mais ce qui est vraiment triste, c'est qu'à la Chambre, qui compte cependant des médecins nombreux dans son sein, aucune voix ne s'est élevée pour faire à cette absurdité la réponse qu'elle méritait.

Il fallait donc montrer aux gens du monde, aux journalistes, aux magistrats, aux membres du barreau, aux étrangers, qui visitent nos établissements médicaux, quelle est la physionomie générale de nos asiles, quelle est l'organisation de ces maisons hospitalières, quelle est enfin, la situation faite aux aliénés qui les peuplent. Bien des préjugés qui résistent opiniâtrement aux argumentations les plus serrées, tombent d'eux-mêmes devant l'évidence des faits, et le contact de la réalité. Mais ce qui est utile aux profanes n'est pas moins utile aux médecins ; d'abord parce que plusieurs d'entre eux, nous rougissons de le dire, ne sont pas exempts des préjugés qui passionnent la foule : ensuite parce que l'organisation de ces grandes maisons, qui ne s'organisent pas en un clin-d'œil, mérite une étude attentive. Il faut qu'un médecin sache quelles sont les divisions qu'il convient d'établir entre les diverses catégories de malades ; qu'il connaisse les moyens de contrainte, de préservation et de traitement qu'il convient d'appliquer aux agités ; enfin il est mille moyens ingénieux qu'une longue habitude permet d'appliquer aux besoins que l'expérience de tous les jours nous a appris à connaître.

Les aliénistes eux-mêmes, les aliénistes surtout peuvent tirer un grand profit de ces visites collectives. En effet nous sommes loin d'avoir atteint la perfection, et la série des asiles construits à des époques différentes, depuis les quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière, restes informes du passé, jusqu'aux asiles les plus modernes dont l'établissement de Villejuif est peut-être le plus bel et le plus récent exemple, montrent une échelle de progrès qu'il est de la plus haute importance de constater. Cette étude peut suggérer en effet une foule d'améliorations pratiques à ceux qui sont appelés, soit à diriger les asiles, soit

à traiter les malades qu'ils renferment, soit à concourir à un titre quelconque à leur fonctionnement.

La libéralité de l'Administration a permis de réaliser ce programme dans toute son étendue. Autrefois des traditions jalouses interdisaient rigoureusement l'accès de nos services à toutes les diverses fractions du public; et les rares visiteurs qui obtenaient, par une faveur exceptionnelle, le droit d'y pénétrer, se promettaient le même genre de plaisir que celui qu'on éprouve en visitant le compartiment des animaux féroces au Jardin des Plantes.

Les temps ont changé; le public sait, au moins aujourd'hui, que les aliénés ne sont pas des bêtes féroces, et l'Administration intelligente et libérale, qui les régit, favorise non seulement l'enseignement des maladies mentales, mais encore la diffusion des connaissances qui s'y rattachent, dans la masse du public aussi bien que dans le corps médical.

C'est en vertu de ces dispositions bienveillantes, que M. le professeur Ball a pu organiser trois visites successives, à l'asile Sainte-Anne, à l'asile de Vaucluse et à celui de Villejuif. L'affluence a été énorme, près de cinq cents personnes ont visité Sainte-Anne, et un nombre considérable de visiteurs s'est rendu à Vaucluse et à Villejuif. La direction de ces établissements a rivalisé de complaisance avec le corps médical pour montrer l'ensemble des dortoirs, des réfectoires, des ateliers et des services généraux, ainsi que les aménagements particuliers à chacune de ses maisons et, nous sommes heureux de le dire, l'impression générale a été excellente. Parmi l'assistance, on remarquait non-seulement les élèves, qui suivent habituellement les cours de M. le professeur Ball, mais encore des hommes politiques, des journalistes, des magistrats et quelques savants étrangers venus d'Angleterre, d'Amérique, d'Allemagne, pour étudier nos asiles.

Espérons que cette première expérience sera le point de départ d'une série de visites analogues qui viendront compléter utilement l'enseignement de la Faculté.

ÉTUDE

SUR LE

DEDOUBLEMENT DES OPÉRATIONS CÉRÉBRALES

ET SUR

LE ROLE ISOLÉ DE CHAQUE HÉMISPHÈRE

DANS LES PHÉNOMÈNES DE LA PATHOLOGIE MENTALE

Par M. J. LUYS

Membre de l'Académie de médecine. Médecin de la Charité.

(*Suite et fin*) (1).

V

La simple interprétation des phénomènes du langage articulé et du langage écrit nous démontre donc d'une façon précise la participation inégale que prennent les lobes cérébraux dans les opérations mentales, et la prépondérance constante de l'un deux, le lobe gauche, qui seul exprime nos pensées en sons phonétiques, et seul les fixe en caractères écrits.

L'étonnement va augmenter encore si l'on se met à représenter mentalement la série des phénomènes psychiques et somatiques simultanément accomplis dans le cerveau d'un musicien exécutant, d'un pianiste par exemple. On

(1) Voir l'*Encéphale* (juillet-août 1888).

arrive à cette étrange conclusion que chez le pianiste en activité, l'unité mentale est arrivée à se scinder en deux portions indépendantes et à se manifester d'une façon isolée du côté gauche et du côté droit, si bien qu'il semble qu'il y ait chez lui deux sous-individualités distinctes, qui délibèrent et agissent isolément, comme deux instrumentistes faisant isolément leur partie.

Voyons en effet ce qui se passe chez ce pianiste exécutant, et essayons par l'analyse de saisir au passage quelques données de ce complexe problème.

Il est là présent, ses mains sont appliquées sur les touches du clavier qu'il a parcouru mainte et mainte fois et qui n'a plus de secret pour lui. Le signal est donné, il part.

La main droite, la plus active, celle dont les mouvements digitaux sont le plus indépendants s'ébranle et dévore l'espace. Tantôt contenue et rythmée en mesure lente, elle exprime des mélodies suaves, et dévoile des sonorités émues. Tantôt tremblante et mobile, suivant que la nature du morceau l'indique, elle fait saillir sous ses doigts des pluies de notes qui crépitent en sons harmoniques; et pendant ce temps, pendant qu'elle se hâte ou se ralentit tour à tour en exécutant le chant qui lui appartient, la main gauche, en satellite fidèle, la suit doucement, l'accompagne et renforce, tantôt par un accompagnement nourri et soutenu, tantôt par des accords plaqués, la partie chantante qu'elle met ainsi en valeur. Elle parle un tout autre langage que sa congénère, elle a ses tonalités propres, son caractère individuel, et dans cet ensemble harmonique de deux mains qui s'accordent, on ne sait ce que l'on doit admirer, ou de la façon isolée dont chacune travaille et se comporte, ou de l'effet général d'ensemble qu'elles produisent en commun.

Et maintenant, si l'on cherche à se représenter par l'es-

prit tout ce qui se passe dans le cerveau de celui qui nous tient ainsi sous le charme de son exécution, que de phénomèmes complexes on sent se dérouler. Que d'études et de travaux accumulés on perçoit dans la plus simple de ces manifestations! Et que de problèmes psychologiques inconsciemment résolus par des études patientes!

Le musicien exécutant a devant lui sa partition écrite. Il la lit des yeux, il la comprend avec son esprit, sa mémoire, son intelligence, il l'exprime avec ses doigts, et ses doigts sont dirigés par son oreille. Ses doigts deviennent les interprètes dociles de sa pensée et les traducteurs immédiats des signes écrits, comme les muscles phonomoteurs, lorsqu'il lit à haute voix, deviennent les interprètes fidèles des phrases écrites, c'est un travail mental complexe, qui met en œuvre toutes les ressources de sa mémoire, de son discernement et de sa compréhension.

Il sait, comme quand il a appris à lire, qu'à un signe graphique donné, correspond un son voulu, un mouvement précis de la main, et que, par suite, une série de signes écrits sur la partie musicale représente une série de mouvements spéciaux, et non d'autres, à exprimer sur le clavier. Il voit, il comprend, il entend, il se souvient, il découvre ce qu'il y a à faire ou à ne pas faire, et cela en un diminutif de seconde.

Il fait acte de jugement à chaque note, à chaque accord, et, chose bien merveilleuse, ces opérations mentales si complexes qui s'opèrent pour diriger les mouvements des mains d'une façon différente, tantôt du côté droit, tantôt du côté gauche, elles s'opèrent isolément dans chaque lobe cérébral pour diriger le mouvement de main correspondante! et ces actions doubles, distinct l'une de l'autre, elles se manifestent d'une façon synchr nique! Dans ces opérations chaque lobe cérébral devi

donc ainsi une unité isolée, séparée de son congénère, douée d'une autonomie et d'une vie propres, pouvant séparément accomplir des opérations de mémoire, de jugement, de discernement, de volonté et déterminer des mouvements unilatéraux et parfaitement conscients.

Cet ensemble de phénomènes dynamiques si curieux, qui sont susceptibles, par la culture et l'entraînement, de se développer dans le cerveau du pianiste, se trouve encore amplifié dans certaines conditions.

On sait en effet que, normalement, les pianistes interprètent la partie de la main gauche en clef de *fa*, et la partie de la main droite en clef de *sol*, ce qui est encore un supplément de complication dans le travail mental qui s'accomplit, attendu que la lecture visuelle doit être ainsi unilatéralement transposée, et que le même signe, la même note est interprétée à droite et à gauche en sonorités différentes. Et enfin, si l'on ajoute à toutes ces opérations successives, que les musiciens consommés exécutent avec tant d'aisance et qui font partie, en quelque sorte, de leur nature même, cette autre aptitude non moins merveilleuse en vertu de laquelle le pianiste, s'il a la voix flexible et harmonieuse, peut en même temps qu'il met les deux mains en activité sur le clavier, chanter et exprimer en suavités mélodiques, soit ses impressions personnelles, soit les différentes partitions des auteurs, on sera vraiment émerveillé et surpris des ressources infinies que présente cet admirable instrument qui constitue le cerveau de l'homme, des réserves qu'il offre à la culture, de son extrême souplesse pour se prêter à ces milliers d' érations, et enfin des aptitudes nouvelles auxquelles il s' . accommodé, par suite, soit d'entraînement héréditaire, sc de caractère de race, pour la mise en œuvre de la m ique instrumentale; car évidemment, le monde ancien

et celui du moyen âge étaient bien loin de se douter des richesses d'harmonie que les maîtres de notre époque ont fait entendre aux hommes de notre génération, ainsi que de la prestidigitation et du merveilleux travail accomplis par les artistes musiciens du XIX[e] siècle (1).

Ainsi donc pour reprendre la série du début de ce travail :

Nous voyons qu'au point de vue de l'activité organique du cerveau, la croyance à l'unité et à la simultanéité d'action des deux hémisphères cérébraux est très réellement ébranlée dans certaines circonstances. On peut donc dire que si l'unité d'action des deux lobes cérébraux se révèle d'une façon indiscutable au point de vue de la vie psychique et des grandes facultés d'ensemble, il n'en est plus de même si l'on envisage ces facultés au point de vue de leur spécialisation et de la forme somatique sous lesquelles elles sont susceptibles de se révéler. Il y a alors un véritable dédoublement physiologique qui s'opère, et chacun d'eux s'abstrait de son congénère.

L'observation directe, appuyée sur les recherches nécros-

(1) Il est incontestable, dans cet ordre d'idées, au point de vue du développement du cerveau humain, s'il faut en croire les recherches anthropologiques, que le cerveau des Parisiens modernes est supérieur au cerveau des Parisiens du Moyen Age, et qu'à ce point de vue nous sommes mieux doués que nos ancêtres. D'après les recherches de Broca, la capacité crânienne s'accroît de siècle en siècle dans une race en voie d'évolution. Les crânes recueillis au cimetière des Innocents avaient 1405 centimètres cubes, tandis que les crânes recueillis au cimetière de l'Ouest, au commencement du dix-neuvième siècle, avaient 1461 centimètres cubes, soit 62 centimètres de plus que les premiers. La capacité crânienne des Parisiens, depuis six cents ans s'est donc accrue de 6,6 centimètres cubes par siècle. Cette augmentation de capacité crânienne a été sans doute le résultat des progrès intellectuels qui se sont accomplis avant et après la Renaissance. (Gaétan Delaunay, page 83. — Broca. — Capacité des crânes parisiens à différentes époques ; Bulletin Société Anthropologique, 1862, page 103.)

copiques, nous montre que c'est le lobe gauche le plus hâtif dans son développement, c'est lui qui est en même temps le plus massif, qui est susceptible de développer à lui seul le plus de puissance dynamique, que c'est par son intermédiaire que nos pensées, nos activités mentales, émergeant de la sphère psychique, se transforment en manifestations somatiques et se font jour au dehors ; et qu'enfin, à l'aide de la culture, d'un entraînement persistant commencé dès les premières années, on fait dans ce merveilleux appareil, créer et développer des aptitudes artificielles en vertu desquelles, non seulement ce n'est plus un lobe seul qui agit et qui gouverne l'autre, mais encore en vertu desquelles chaque lobe est susceptible de devenir indépendant, comme cela se voit chez les musiciens, d'agir isolément et d'engendrer ainsi une série de mouvements volontaires et conscients, inspirés par une série d'opérations psychiques, également distinctes à droite et à gauche.

Nous allons voir dans le chapitre suivant combien cette aptitude physiologique à l'autonomie est susceptible de dégénérer, à un moment donné, en insubordination véritable, et combien, dans le domaine de la pathologie mentale, un grand nombre d'états psychopathiques fugitifs et transitoires n'ont pas d'autre mécanisme intime que l'action discordante de deux lobes cérébraux, agissant chacun isolément dans une sphère d'activité propre, et donnant ainsi l'explication de ces cas de lucidité coïncidant avec le délire, et de ces cas dans lesquels les malades sont entraînés à mal faire et ont conscience de leurs divagations (1).

(1) Enfin, il est une série de phénomènes des plus intéressants en faveur de cette théorie, qui ont été particulièrement mis en évidence dans ces derniers temps, c'est la part plus considérable que prend le même lobe à l'activité mentale, révélé d'une façon vivante à l'aide de de la thermométrie.

APPLICATION DES DONNÉES PRÉCÉDENTES AUX PHÉNOMÈNES DE LA PATHOLOGIE MENTALE

L'étude des phénomènes d'autonomie fonctionnelle des lobes cérébraux, qui chez l'homme sain se révèlent dans un si grand nombre de cas, est susceptible de jeter un certain jour sur une série de manifestations morbides de l'activité psycho-intellectuelle, et de donner une interprétation rationnelle à un grand nombre de troubles psycho-pathiques.

On peut, en effet, comprendre quelles perturbations profondes doivent jeter dans l'harmonie des fonctions cérébrales certaines stimulations morbides qui portent tout d'abord leur action (comme je vais en citer des exemples plus loin) sur un lobe cérébral, le lobe congénère étant respecté dans son intégrité.

L'individu ainsi frappé se trouve d'emblée subdivisé en deux individualités.

Suivant que le lobe demeuré sain persiste à vivre de sa vie normale, il a conscience de sa situation, des forces opposées qui se heurtent dans son for intérieur, et de l'entraînement qui le pousse à faire ce qu'il ne voudrait pas faire. C'est en raison de ce désaccord intime que les malades *déséquilibrés*, si on peut dire ainsi, expriment leur manière d'être : ils sentent que leur tête se fend, qu'ils deviennent fous, que des voix les incitent dans telle ou telle direction mauvaise; qu'ils sont envahis par des pensées malsaines qu'ils réprouvent, qu'ils sont le théâtre d'une lutte incessante, dont ils ne peuvent plus arrêter la marche envahissante. Ils sont dans la position poignante du tétanique qui sent ses membres successivement envahis

par les spasmes cloniques, et qui ne peut se soustraire à leurs terribles étreintes.

Ces manifestations si curieuses de la vie mentale, qui, considérées intrinsèquement en elles-mêmes, indiquent déjà un trouble profond survenu dans l'équilibration des fonctions du cerveau, ont passé jusqu'ici inaperçues pour la plupart des observateurs, faute d'indications suffisantes pour les suivre au passage. Et si nous insistons aujourd'hui sur leur existence, sur leur valeur séméiologique, c'est pour montrer qu'elles constituent des symptômes fixes, des manifestations *sui generis* pouvant s'appuyer sur des faits d'ordre somatique suffisamment probants.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que cette théorie du dédoublement de l'activité mentale a été mise en avant dans les cadres des psychopaties. Elle a déjà germé dans l'esprit de certains auteurs, lesquels, l'envisageant à un point de vue restreint (faute de pouvoir les rattacher aux opérations normales de la vie cérébrale), se sont contentés d'en faire une hypothèse plutôt que d'en faire une théorie scientifique rattachée aux phénomènes réguliers de la physiologie cérébrale.

C'est ainsi que, dès 1864, le docteur Follet, de l'asile Saint-Athanase, près Quimper, était arrivé, comme conclusion de ses nombreuses recherches microscopiques, à signaler seulement chez les épileptiques l'inégalité de poids

Broca, qui s'est occupé de cet intéressant sujet est arrivé à des résultats très précis. A l'aide d'une couronne de thermomètre appliquée sur le front des sujets dont il sollicite par la lecture l'activité cérébrale, il a constaté d'une façon très nette une élévation de température notable en faveur du lobe gauche. Au bout d'un certain temps, la température s'égalisa de part et d'autre, par suite d'une pondération générale survenue dans les courants sanguins de l'encéphale. (Comptes rendus du Congrès de l'Association scientifique. — Havre 1877.)

des hémisphères cérébraux entre eux, et à formuler ses idées au sujet de l'évolution des troubles de la folie, en insistant sur la rupture d'équilibre des courants nerveux dans la trame cérébrale (1).

Jaffé, qui a pareillement dirigé ses recherches dans cette direction, a rapporté la très curieuse observation d'un malade qui se sentait *double*, et à l'autopsie duquel on a trouvé une inégalité très nette des deux hémisphères.

Voici le résumé du cas de Jaffé : « Homme, cinquante-trois ans, ancien soldat, abandonné aux alcooliques, garde de police, ayant reçu plusieurs fois des coups sur la tête. Il devint insensiblement aliéné. Il parlait en employant le pronom *nous;* nous irons, nous avons beaucoup marché. Il disait qu'il parlait ainsi parce qu'il y avait quelqu'un avec lui ; à table il disait : je suis rassasié, mai l'autre ne l'est pas. Il se mettait à courir, on lui demandait pourquoi, et il répondait qu'il aimerait mieux reste mais c'était l'autre qui le forçait, quoiqu'il le retint p son habit. Un jour il se précipita sur un enfant po l'étrangler, disant que ce n'était pas lui, mais l'autre. En il tenta de se suicider pour tuer l'autre, etc. La démen arriva progressivement. L'autopsie révéla une différen considérable entre les deux moitiés du cerveau. L'atrop était surtout accusée à gauche. Il est évident que le siè unilatéral de ces lésions a été, sinon l'unique, du mo la cause essentielle du délire de la double personnali l'individu étant différent de chaque côté et se sent deux. »

Huppert enfin a pareillement abordé le même su plutôt au point de vue psychologique, dans un travail

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1854-1856.

le dédoublement de la conception (1). La question est restée en suspens, sans avoir été appuyée par des données scientifiques.

Voyons maintenant sur quelles preuves cette théorie du dédoublement de l'activité cérébrale peut rationnellement s'appuyer dans l'étude des psychopathies.

Nous avons d'abord un fait anatomique des plus curieux à signaler :

1° Dans le cerveau des aliénés, cet écart physiologique du poids, que nous avons précédemment signalé, qui existe normalement entre chaque lobe et qui, au maximum, s'élève à 5 ou 6 grammes, quelquefois 7, avec avantage pour le lobe gauche, cet écart, dis-je, est tout à fait renversé. C'est le lobe droit qui est devenu le plus pesant et qui a absorbé à lui seul la sève et l'activité nutritive de l'encéphale.

Ce simple fait indique d'emblée une défaite de répartition dans la matière nerveuse, un renversement des rapports normaux, et par conséquent un défaut d'équilibration parallèle entre les puissances dynamiques que chaque lobe est susceptible d'engendrer.

Sur un relevé de vingt-huit cas de cerveaux d'aliénés que j'ai moi-même observés et pesés aussi exactement que possible, j'ai trouvé que l'écart de poids entre le lobe gauche et le lobe droit n'était plus, comme à l'état normal, de 5 à 6 grammes, mais qu'il pouvait s'élever, sans qu'il y eût de lésion destructive, jusqu'à 18, 25, 30 et 40 grammes. Chez un paralytique dont je viens récemment encore d'examiner le cerveau, le lobe gauche pesait 468 grammes et le lobe droit 498, résultat bien curieux et qui nous montre d'une façon typique combien dans la folie la *déséquili-*

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1873, page 73.

bration est accusée dans l'ensemble des fonctions cérébrales (1).

Bien plus, comme preuve corrélative, ces relevés m'ont montré encore ce fait bien significatif, c'est que, tandis que sur vingt-six cerveaux sains j'ai rencontré (c'est-à-dire dans près du quart) sept fois l'inégalité de poids entre les deux hémisphères, sur des cerveaux morbides, sur vingt-huit cas, je n'ai jusqu'à présent pas rencontré l'égalité de poids.

Enfin il est un autre point non moins significatif qui ressort de ces recherches, c'est que, tandis qu'à l'état normal c'est le lobe gauche qui est le plus pesant suivant la proportion que nous avons indiquée, dans la série pathologique, sur vingt-huit cas, dix-neuf fois le rôle prépondérant était acquis au lobe droit.

Ces conclusions imprévues, si elles étaient confirmées par des recherches ultérieures, amèneraient à penser que dans le processus morbide de l'aliénation mentale il se fait un travail nutritif dirigé dans le sens opposé de celui qui a lieu chez l'homme sain, en faveur de l'hémisphère droit. C'est lui qui absorbe à lui tout seul les sucs nutritifs, qui augmente de masse, se développe d'une façon insolite et devient ainsi l'instrument de la déraison.

Ces faits, qui frappent déjà par leur précision et leur netteté, sont encore complétés par l'examen direct des lobes cérébraux de certains malades, qui montrent d'emblée des

(1) Follet a signalé, ainsi que nous le disions, principalement chez les épileptiques, l'inégalité du poids des lobes cérébraux ; il a trouvé des différences qui s'élevaient de 15 à 250 grammes. Les mêmes recherches ont été vérifiées et confirmées par son successeur, le docteur Baume, dans le même asile, qui a constaté chez les épileptiques, une différence moyenne en poids, des lobes cérébraux, pouvant s'élever à 40 grammes. Baume, *Annales médico-phychologiques*, 1862, page 427.

différences notables de conformation dans certains départements de l'écorce cérébrale, existant spécialement dans un lobe à l'exclusion de l'autre.

Depuis plusieurs années que je poursuis mes recherches sur les caractères morphologiques des plis cérébraux, tant dans leurs conditions normales que dans leurs conditions pathologiques, j'ai toujours vu jusqu'ici que le cerveau de l'aliéné, en dehors des lésions destructives, au point de vue des plis, des sillons, du volume et de la configuration de chacun d'eux, différait notamment du cerveau de l'homme sain.

Tantôt c'est dans les régions antérieures, régions de l'intelligence, que le désordre est le plus accusé ; les plis sont alors irrégulièrement disposés, et confondus quelquefois en sinuosités inextricables. Tantôt la confusion et la désharmonie sont plus accusées dans les régions pariéto-occipitales. Tantôt on trouve dans une région des atrophies localisées, dans d'autres cas des hypertrophies partielles, de tel ou tel pli : dispositions que l'on peut vraisemblement considérer comme congénitales. Mais au point de vue qui nous occupe, la désharmonie n'est jamais plus apparente que dans l'examen des lobes paracentraux. Chacun sait en effet actuellement que cette région est le confluent des deux circonvolutions marginales qui jouent un rôle si capital dans les fonctions de la motricité ; eh bien ! dans certains cas, cette région est susceptible d'acquérir un développement insolite dans un seul lobe et de se présenter avec l'apparence d'une véritable gibbosité en saillie sur la surface interne d'un hémisphère d'un seul côté, l'autre lobe étant dans les conditions normales.

Chez une série d'hallucinés lucides, chez des hypochondriaques expansifs, pareillement lucides, qui employaient toutes les ressources de leur esprit à exprimer leurs fausses

conceptions, et à faire accepter comme réelles leurs doléances incessantes, cette lésion unilatérale s'est présentée plusieurs fois d'une façon des plus significatives.

Cette première série de types (les hallucinés) comprend ces malades qui vont, qui viennent dans les cours. Ils sont assez lucides pour qu'on leur confie quelque besogne domestique et quelques ouvrages de couture ; ils sont absorbés en eux-mêmes et parlent seuls quand on n'attire pas leur attention ; ils ont des visions subjectives (ainsi l'une de ces malades refusait subitement de manger, parce qu'elle voyait des sangsues dans son assiette ; l'autre s'esquivait inopinément en disant que c'était la voix de son père qui l'appelait, etc.). Quand on interpelle ces malades tranquilles, ils répondent en général avec précision, et quelquefois même avec malice ; mais une fois que leur dose d'attention est épuisée, ils demeurent hésitants, ils balbutient. Une sorte de rétrocession intérieure s'opère, et on peut dire que c'est la portion morbide de leur cerveau qui reprend le dessus ; comme lorsque l'on a cherché, par un certain effort, à étendre un membre contracturé et lui rendre sa position normale, aussitôt l'effort terminé, le membre reprend sa position vicieuse par la prépondérance d'actions de certains groupes musculaires antagonistes en période de contractibilité morbide.

Examinez les cerveaux de ces sujets, vous rencontrerez non-seulement des inégalités de poids des lobes cérébraux, mais encore des inégalités de développement isolé de certaines régions, comme j'en ai présenté des échantillons à l'Académie de médecine.

La deuxième série de types morbides représente les hypochondriaques loquaces, actifs, qui se figurent avoir des choses extraordinaires dans le corps et qui en sont tellement convaincus qu'ils n'entendent point la discus-

sion sur ces points spéciaux. Sur beaucoup d'autres choses ils sont lucides, capables de s'occuper, de se rendre utiles et, dans certaines limites, de vivre en liberté. Une malade de cette catégorie se figurait avoir un tœnia dans l'intestin, elle sentait le ver dans ses mouvements de reptation, parcourant son intestin ; tous les matins, dans un vocabulaire imagé, elle nous retraçait les faits et gestes de son ennemi intime, elle avait établi une sorte de roman à son usage pour décrire toutes ses sensations. Sauf ce point spécial, elle était parfaitement lucide, d'un esprit très délié et très au courant des choses de la vie ambiante. Lorsqu'elle succomba, l'examen de son cerveau me fit constater une inégalité de poids entre les deux hémisphères, avec prédominence du lobe droit qui pesait 5 grammes de plus que son congénère, et de plus une *saillie unilatérale*, limitée à un seul lobe cérébral, dans la région paracentrale, avec intégrité des régions homologues du côté opposé.

Ces troubles nutritifs unilatéraux ne se rencontrent pas seulement dans le cas où il existe des perturbations dynamiques ; on les constate encore dans les cas où il existe des lésions plus profondes qui intéressent la trame nerveuse elle-même, et en particulier dans la paralysie générale. On trouve, en effet, dans un certain nombre de cas de paralysie générale qui n'ont pas eu une allure franche, et qui présentent des caractères insolites au point de vue des symptômes, on trouve, dis-je, une inégalité très frappante dans la façon dont chaque hémisphère central est intéressé. Ainsi j'ai trouvé dans ces formes anormales de la paralysie générale accompagnées d'une sorte de lucidité persistante avec des symptômes non équivoques de tremblement de la langue et d'affaiblissement général, des lésions consistant en des plaques laiteuses, en adhérence

des méninges exclusivement *localisées* dans un lobe cérébral, le lobe congénère étant respecté.

On peut donc dire qu'il existe des faits patents, indéniables, dans lesquels on constate d'une façon typique des troubles spéciaux des facultés mentales, caractérisés par des conceptions délirantes fixes, systématisées, coexistant avec la lucidité, dans lesquels on constate, d'une façon simultanée, l'inégale participation des appareils de l'unité mentale, un lobe cérébral étant hypertrophié localement, et son congénère dans les conditions normales.

S'il est des cas suffisamment nets dans lesquels on peut en quelque sorte reconnaître *de visu* et toucher du doigt les lésions qui jouent un rôle actif dans les troubles de la déséquilibration des facultés, il existe, par contre, toutes une série de faits cliniques dans lesquels il n'est pas permis de s'avancer aussi loin, et dont l'interprétation ne peut avoir lieu qu'au moyen de l'induction simple; induction légitime, il est vrai, s'appuyant sur des faits démontrés, mais induction toujours, puisqu'elle est incapable d'avoir aucun contrôle sérieux.

Comment, en effet, expliquer autrement que par un défaut d'équilibre survenu dans certains points de l'activité mentale, et principalement dans un lobe cérébral, les conceptions de certains malades qui expriment leurs sensations intimes, et qui racontent sincèrement des troubles psychiques dont ils sont atteints? On n'invente pas à volonté le vocabulaire spécial avec lequel ils expriment leurs impressions.

Madame S..., en période de demi-stupeur avec conservation de la lucidité, était sans cesse incertaine de quelle main elle devait agir; de quel côté elle devait se diriger, sur quel côté elle devait se coucher. Il y avait en elle un incessant travail psychique, une lutte permanente entre le côté

gauche et le côté droit de son unité mentale, demandant successivement à entrer en activité. Elle portait si loin ses conceptions délirantes, engendrées par ses sensations de dédoublement, qu'alors qu'on lui introduisait la sonde œsophagienne par le nez, elle était anxieuse, non pas de sentir la sonde, mais de savoir quel côté on allait choisir, et, règle générale, le côté choisi n'était jamais celui qu'il fallait.

Madame X..., atteinte d'un commencement de lypémanie anxieuse, m'indiquait avec grande précision les perplexités qui la tourmentaient : elle voulait et simultanément ne voulait pas faire telle ou telle chose. Elle voulait sortir par exemple, et prête à partir, s'arrêtait sur le seuil de la porte; au matin elle voulait s'habiller, commençait à le faire et subitement s'arrêtait en route, une force opposée l'empêchant d'agir, disait-elle avec un grand sens, et ces deux volontés successives se contre-balancent, et me font rester en place; je demeure immobile, stupide, et j'ai le sentiment d'une lutte incessante qui s'opère en moi et de la situation pénible et ridicule qui en résulte pour moi.

Certains hallucinés lucides, qui ont une notion vague de leur état, s'expriment généralement ainsi et laissent percer au dehors les états anormaux de leur for intérieur. Ils pensent, et *on sait* ce qu'ils pensent; une autre personne, un être impersonnel est au courant de l'intimité de leur être. Un malade de cette catégorie me disait qu'au moment où il enfante une conception, où il parle, on la répète à son oreille, qu'on lui *happe* la pensée à mesure qu'elle se produit et qu'il en résulte une très grande fatigue pour son esprit. Dans d'autres circonstances, il n'est pas rare chez certains hallucinés, dont, par une conversation de quelques minutes, on a suffisamment épuisé les forces d'attention, de voir le phénomène suivant se produire;

ils vous écoutent encore et incontinent deviennent silencieux; ils retombent, comme on dit, dans leurs rêveries; phénomène psychique spécial qu'on pourrait expliquer par la suractivité du lobe cérébral morbide qui a repris le dessus, qui s'est ébranlé et qui résonne assez fort pour empêcher son congénère d'entrer en conflit avec les phénomènes du dehors.

Comment expliquer autrement que par un dédoublement de l'activité cérébrale ces curieux phénomènes contradictoires de la perception consciente co-existant avec un accès de délire ?

Ne savons-nous pas que, parmi les malades en délire, alors que leur agitation, leur loquacité incessante semblent faire pressentir qu'ils n'ont aucun point de contact avec le milieu ambiant, il en est un certain nombre qui donnent parfois d'une façon subite et imprévue des réponses lucides et des réflexions judicieuses? Qu'il est un certain nombre pareillement de lypémaniaques en stupeur, qui ont la notion consciente de ce qui se passe autour d'eux? Ils répondent précisement aux questions, et sont aptes, pendant quelques instants, à entrer en communication avec leurs semblables.

On les croit vainement les uns et les autres fermés à toutes sollicitations extérieures, et, lorsque l'orage est terminé, lorsqu'ils sont revenus à eux-mêmes, ils rendent compte de ce qu'ils ont vu et entendu pendant la période d'obscurité apparente. Il semble qu'une partie de leur unité sentante et percevante ait été momentanément respectée, et ait pu ainsi demeurer indemne au milieu de la tourmente.

Enfin, cette théorie du dédoublement de l'activité mentale peut encore trouver sa place dans une série de phénomènes pathologiques caractérisés par les impulsions invo-

lontaires conscientes qui poussaient certains malades à parler, à courir malgré eux, et à dire même qu'ils font ces excentricités sans cesser de savoir ce qu'ils font. Ainsi, madame X..., âgée de cinquante ans, ancienne hystérique très intelligente et très lucide, éprouve à un certain moment le besoin d'aller vociférer dans un endroit solitaire ; elle exhale ses doléances, ses récriminations contre sa famille et son entourage ; elle sait parfaitement qu'elle a tort de divulguer tout haut certains secrets, qu'elle dit des choses déplacées, mais comme elle le répète, il faut qu'elle parle, qu'elle décharge sa bile et satisfasse ses rancunes.

Un certain nombre de malades impulsifs, conscients dans une certaine limite de ce qu'ils font, racontent, en effet, qu'ils sont entraînés à agir, que c'est plus fort qu'eux et qu'ils font en vain des tentatives de résistance.

Je n'insiste pas sur ces mille détails, connus de tous les médecins, et dont l'uniformité n'a d'égale que la banalité. Tous, en effet, nous avons vu et apprécié quotidiennement ces phénomènes, nous les avons tous constatés, sans chercher à les rattacher d'une façon régulière aux lois générales de la physiologie mentale, et vraiment, en présence d'une théorie aussi simple que l'alternance et le dédoublement de l'activité mentale, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'un certain nombre d'entre eux se laissent interpréter suffisamment par cette manière de voir.

Sans pouvoir l'appuyer sur des démonstrations véritablement scientifiques, nous ne pouvons, jusqu'à présent, que la susciter dans les esprits, la mettre en évidence, dire qu'elle n'est pas invraisemblable (puisqu'elle s'appuie sur un certain nombre de faits certains : l'inégale répartition de poids dans chaque hémisphère, plus accusée à l'état pathologique qu'à l'état normal), et montrer qu'elle peut servir de fil conducteur pour l'interprétation de certains

phénomènes psychopathiques qui, jusqu'à présent, faute d'une base sérieuse, n'ont pas été, comme ils le méritent, rattachés suffisamment aux phénomènes du fonctionnement normal.

Peut-être même, cette étude poursuivie avec instance pourrait-elle donner une explication de certaines névroses extraordinaires dont le monde des philosophes et le monde des médecins a été saisi dans ces derniers temps, alors que M. le docteur Azam, dans cette longue observation si curieuse de Félida, nous montrait combien la vie psychique chez cette malade pouvait être alternativement modifiée, et combien l'alternance de l'activité cérébrale était successivement mise en jeu. Peut-être cet état névropathique si bizarre de cette malade intéressante ne serait-il qu'une nouvelle preuve à l'appui de cette théorie que nous venons d'émettre, du dédoublement de l'unité mentale ayant pour condition organique l'activité indépendante et successive de chaque hémisphère cérébral.

Peut-être même, pour épuiser le sujet que nous venons d'aborder, pourrait-on rattacher les phénomènes du vertige, de la propulsion latérale, dont la physiologie pathologique est encore à faire, à des troubles primitifs unilatéraux de la circulation encéphalique, — et, comme conséquence à une inégalité de la répartition de l'influx nerveux psycho-moteur, raréfié dans un hémisphère, accumulé en surcharge dans l'autre pour donner à l'individu la notion intime d'un mouvement d'entraînement latéral et de rotation sur lui-même ?

A côté d'un certain nombre de faits acquis que j'ai présentés aux méditations du lecteur, il y a un certain nombre d'hypothèses que je considère comme telles, et que je suis tout disposé à abandonner, aussitôt que leur inanité me sera démontrée.

Ne savons-nous pas tous combien les hypothèses peuvent être utiles aux progrès de la science, pour peu qu'on sache les maintenir avec discernement à la porte du sanctuaire? Contentons-nous, en attendant, d'enregistrer les faits nouveaux, de les examiner à cette lumière nouvelle, les analysant avec soin, les classant avec méthode, sans cependant abdiquer notre intervention personnelle et originale, et sans fermer les oreilles à des inductions hardies peut-être, mais du moins légitimes.

Tôt ou tard, de cet immense mouvement du labeur scientifique qui nous environne, l'élément pur de la vérité, fatalement, se dégagera de lui-même et surnagera à la surface. L'hypothèse de la veille deviendra insensiblement la vérité du lendemain, car toute conception hypothétique au début a plus ou moins en elle des germes de vie, pour peu qu'elle repose sur des bases sérieuses et soit inspirée d'un esprit véritablement scientifique.

CONCLUSIONS

En résumé, les principaux détails que j'ai exposés se condensent dans les propositions suivantes :

1° Dans les conditions normales du fonctionnement du cerveau les hémisphères sont doués d'autonomie.

2° L'hémisphère gauche, peu hâtif dans son développement, est aussi celui qui présente le plus de masse. En général il surpasse son congénère de 5 à 7 grammes normalement en poids.

3° Si les lobes cérébraux, au point de vue de certaines opérations psychiques d'ensemble, agissent d'une façon synergique, il existe, par contre un certain nombre de circonstances dans lesquelles cette synergie cesse d'exister.

Ainsi dans l'action d'articuler les sons et de tracer de la main droite des caractères graphiques, dans le langage oral ou dans le langage écrit, c'est l'hémisphère gauche seul qui entre en action.

4° Dans l'action de jouer des instruments de musique, et du piano en particulier, la culture crée des conditions artificielles de l'activité cérébrale, en vertu desquelles chaque lobe agit isolément, d'une façon indépendante de son congénère, non seulement au point de vue des phénomènes psycho-moteurs, mais encore au point de vue des opérations mentales, pour lire la musique, assembler des souvenirs, accomplir des opérations de jugement et ordonner des actes moteurs coordonnés.

5° Dans le domaine de la pathologie mentale, ces aptitudes naturelles à l'activité automatique de chaque lobe cérébral sont susceptibles de se révéler avec un grand caractère d'énergie.

Chez les aliénés, l'écart en poids entre la masse des lobes cérébraux est beaucoup plus grand que normalement. La *déséquilibration* entre chacun d'eux est beaucoup plus accentuée. C'est le lobe droit qui, dans ces cas, absorbe à lui seul l'activité trophique. L'écart, au lieu d'être de 7 grammes, s'élève quelquefois jusqu'à 25 et 30 grammes (sans lésion destructive).

Chez certains aliénés, les hallucinés lucides, les hypochondriaques lucides, la coexistence de la lucidité et du délire peut trouver son explication rationnelle dans l'intégrité d'un lobe cérébral et l'hypertrophie morbide de certaines régions du lobe opposé. Dans un certain nombre de cas semblables, nous avons constaté que le travail morbide était unilatéral et manifesté par une saillie insolite du lobe paracentral. Ces faits semblent donc démontrer la possibilité de la coexistence de l'hallucination et de la lucidité.

6° En dehors des cas que nous venons de signaler, il existe encore un grand nombre d'états psychopathiques, les impulsions, les aliénations avec conscience, chez lesquels les troubles morbides ne peuvent avoir d'autre explication rationnelle et véritablement physiologique, qu'une désharmonie passagère survenue entre les deux lobes cérébraux, dont l'un fonctionne d'une façon irrégulière alors que son congénère est dans les conditions normales.

7° Au point de vue du pronostic de la maladie mentale, la survivance de sa lucidité et sa persistance étant bien constatées, on peut en déduire des données d'une certaine importance, car ce symptôme impliquerait l'intégrité persistante d'un lobe seulement avec toutes ses aptitudes dynamiques; et réciproquement, l'absence de la lucidité, constatée d'une façon précise, impliquerait l'envahissement simultané et parallèle des deux lobes cérébraux. On sait en effet que la plupart des hallucinés, qui, au début, sont lucides pendant un certain temps, finissent par cesser de l'être, et qu'au bout de plusieurs années, par l'évolution naturelle du processus morbide, ils finissent par être complètement oblitérés par les incitations du dehors et plus ou moins privés de la compréhension de ce qui se fait autour d'eux.

Dans les cas de ce genre, les lésions portent également sur les hémisphères, et c'est la démence qui se révèle avec ses caractères d'incurabilité absolue.

8° La théorie, en un mot, du dédoublement de l'activité cérébrale peut donner une explication rationnelle à certains phénomènes morbides des psychoses, qui, jusqu'à présent, sont restés dans l'ombre, faute de données suffisantes, destinées à les mettre en saillie.

DU GOITRE EXOPHTHALMIQUE

Par M. le professeur B. BALL

Les études sur le goître exophthalmique, presque ignoré il y a quelques années, prennent aujourd'hui en France et à l'étranger un développement considérable. Nous nous proposons, dans un de nos prochains numéros, de faire la Revue critique des principaux travaux auxquels a donné lieu la maladie de Basedow, revue d'autant plus opportune que nous sommes à ce moment précis où les cliniciens tendent à abandonner la théorie de l'altération du grand sympathique, excitation selon les uns, paralysie d'après les autres, pour se rattacher à la théorie de la paralysie du pneumo-gastrique et assigner au goître exophthalmique une origine bulbaire.

Nous n'avons cru pouvoir mieux faire que de prendre pour point de départ de cette revue critique la leçon remarquable que fit sur ce sujet, il y a quelques années, l'un des directeurs de ce journal, leçon qui vulgarisa auprès de notre jeune école la triade symptomatique de la maladie de Basedow, révélée depuis peu par les travaux clinique de Graves, de Trousseau, de Hirsch, de Veissier, etc., et qui peut être considérée comme le point de départ des travaux que l'on nous a donné depuis sur le goître exophthalmique. (N. D. L. R.).

Messieurs, vous avez pu observer, dans le service, depuis quelques jours, un cas remarquable de cette singulière affection qui a reçu le nom de *goître exophthalmique*. La plupart de vous sont appelés à voir, pour la première fois (je le pense du moins) cette maladie assez peu commune, et je ne saurais laisser échapper une occasion aussi favorable de signaler à votre attention les principaux caractères qui vous permettront de la reconnaître, même au

début, s'il vous arrive, dans votre pratique, d'en rencontrer un exemple.

Mais avant de nous occuper de la maladie, occupons-nous tout d'abord de la malade, dont nous allons vous retracer l'histoire en quelques mots.

Obs. I. — *Goître exophthalmique (Maladie de Basedow).* — Jeanne-Mélanie B..., femme de chambre, âgée de 39 ans, célibataire, entrée le 30 septembre 1872, à la clinique de l'Hôtel-Dieu.

Cette malade, qui nous est adressée par notre confrère, le docteur Cazal, offre un constitution d'assez frêle apparence. Elle est maigre ; son teint est pâle, ses cheveux tirant sur le blond.

Toutefois, dit-elle, sa santé antérieure a été bonne. Ses parents n'ont jamais présenté d'antécédents en rapport avec la maladie qu'elle porte actuellement. Sa mère a succombé à une petite vérole. Son père vit encore et est d'une constitution robuste.

Elle n'a jamais eu de convulsions dans son enfance. Réglée à 16 ans, elle a toujours vu ses périodes régulières jusqu'à ces derniers temps. Non mariée, aucune grossesse n'est venue interrompre cette régularité de la menstruation, qui n'a cessé que depuis quatre mois.

Toutefois, quoique bien portante, notre malade avoue qu'elle n'a jamais été bien forte, et elle se souvient qu'à l'âge de 15 ans (il y a quatorze ans), elle a été prise de palpitations cardiaques, dont l'intensité a notablement augmenté depuis huit mois environ.

Il y a deux mois à peu près que ses parents lui ont fait observer que « les yeux lui sortaient de la tête. » Elle ne s'en était pas aperçue jusqu'alors.

Enfin, depuis un mois, elle a constaté un gonflement de la partie antérieure du cou.

Cet ensemble de symptômes et surtout l'augmentation des palpitations cardiaques l'ont décidée à se rendre à l'hôpital.

Etat actuel (30 septembre 1872.) — Lorsque la malade est debout, on reconnaît sur-le-champ l'existence d'un goître exophthalmique. La saillie des yeux, le gonflement des vaisseaux, la dilatation des vaisseaux frappent immédiatement les regards de l'observateur. Mais une fois couchée dans son lit, elle change de physionomie, et les phénomènes qui caractérisent son état sont tellement atténués qu'ils semblent disparaître. Cependant, même alors, lorsqu'elle regarde en face, on voit le cercle blanc des sclérotiques, tout autour de la cornée, et l'on remarque que la pupille est très dilatée.

Le cou présente, à sa partie antérieure, une saillie manifeste, qui correspond au corps thyroïde; le lobe latéral droit est beaucoup plus développé que le gauche. Le volume de la tumeur varie selon l'état d'agitation ou de repos de la malade. Le cou, mesuré pendant un intervalle de calme, offre une circonférence de 33 centimètres, suivant une ligne qui passe par l'apophyse épineuse de la 7e cervicale et par l'isthme du corps thyroïde.

Les vaisseaux du cou sont tuméfiés et agités de battements énergiques, surtout à droite. En appliquant le doigt sur la carotide, de ce côté, on perçoit une sensation comparable au bourdonnement d'une mouche qu'on retient prisonnière (*Thrill*). Il existe un souffle intermittent très fort dans toutes les artères de la région.

Le pouls est vif, petit, irrégulier ; il varie de 100 à 120 pulsations par minute.

Les battements du cœur sont tumultueux. Pas de bruit de souffle aux orifices.

La malade éprouve depuis longtemps une irritabilité nerveuse qui la fait beaucoup souffrir. Elle ne peut pas demeurer en place. Le sommeil est agité. Le caractère est susceptible, et cette susceptibilité est aggravée par une surdité dont elle est atteinte depuis six ans.

La triade symptomatique est donc représentée ici dans sa totalité, bien que l'intensité des symptômes ne soit pas encore accentuée.

Il nous reste à signaler quelques phénomènes accessoires, mais qui complètent le tableau de la maladie.

Il existe une augmentation de la température. Le thermomètre marque 38° dans l'aisselle. Malgré cette circonstance, la malade n'éprouve aucune sensation désagréable de chaleur à la surface du corps.

Les fonctions digestives sont bien conservées.

La menstruation est complètement supprimée depuis quatre mois.

On prescrit : iodure de potassium, *un* gramme dans une potion de *cent* grammes : un degré alimentaire.

Le 26 octobre. — La malade éprouve une amélioration notable de tous les symptômes ; l'exophthalmie a beaucoup diminué, ainsi que le volume du corps thyroïde ; cependant ces phénomènes reprennent une plus grande intensité quand elle se lève et marche.

Température axillaire, 37°,4.

Pouls : 104.

Nous trouvons ici un type bien caractérisé des accidents dont la réunion constitue l'ensemble symptomatique connu sous le nom de *goître exophthalmique*.

J'insiste surtout sur l'exagération des phénomènes qui

se manifestent quand la malade est levée et a marché. La physionomie alors présente un caractère bien plus accentué que lorsque cette femme a séjourné pendant quelque temps au lit. On pourrait presque hésiter sur le diagnostic dans le dernier cas, tandis qu'il ne peut exister aucune incertitude après toute espèce d'exercice. Vous voyez, en effet, les yeux sortir de l'orbite, le cou se tuméfier et les battements artériels acquérir une intensité vraiment caractéristique.

Je suis heureux de pouvoir rapprocher de cette observation qui nous montre *la maladie de Basedow* à sa première période, un autre cas dont je vous ai déjà entretenus et qui présentait les traits spéciaux de cette affection à un degré beaucoup plus prononcé Il existait d'ailleurs, chez le sujet de cette seconde observation, un phénomène qui, jusqu'à présent, n'avait jamais été signalé dans aucun cas de ce genre. Je veux parler d'un *vitiligo* qui s'est manifesté en même temps que les phénomènes initiaux de la maladie, et qui semble progresser parallèlement à celle-ci.

Obs. II. — *Goître exophthalmique, accompagné de troubles nerveux et de vitiligo.* — La nommée M..., âgée de 24 ans, née à Ornans (Doubs), est entrée, le 21 novembre, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, nº 32.

Cette jeune femme ne présente rien, dans ses antécédents héréditaires, qui puisse se rapporter aux accidents dont elle souffre actuellement. Elle prétend avoir toujours joui d'une bonne santé jusqu'à ces derniers temps. Réglée à 18 ans elle n'a pas eu d'enfant. La menstruation n'a jamais été très régulière.

Il y a trente mois aujourd'hui, qu'à la suite de vives contrariétés, elle éprouva des palpitations cardiaques dont l'intensité a toujours été en augmentant depuis cette époque.

Quatre mois plus tard, elle a vu les yeux se gonfler et faire saillie au dehors de leurs orbites. Enfin deux mois après l'apparition de l'exophthalmie, une légère tuméfaction du corps thyroïde s'est manifestée.

Au moment même où les palpitations de cœur ont débuté, elle a vu se développer sur la peau des taches blanches qui, depuis lors, ont constamment gagné en étendue. C'est au cou que les taches se sont montrées d'abord. Elles ont ensuite envahi la partie moyenne du tronc et se sont développées sur plusieurs autres points.

Il y a dix-huit mois, elle fut prise, pour la première fois, d'une attaque d'hystérie. Depuis lors, elle a éprouvé plusieurs accès de ce genre à des intervalles irréguliers.

C'est dans ces conditions qu'elle est entrée à l'hôpital. C'est une femme d'une taille assez élevée, d'une apparence vigoureuse. Elle a les cheveux blonds, les yeux gris, le visage pâle, le front développé. Elle a peu d'embonpoint et prétend avoir beaucoup maigri depuis le début de sa maladie.

Il existe un certain degré d'affaiblissement, surtout dans les membres inférieurs. Elle boite légèrement en marchant, ce qu'elle attribue à des douleurs qu'elle éprouve dans les jambes et les mollets, surtout à gauche. La sensibilité cutanée est parfaitement conservée.

L'impulsion cardiaque est manifestement exagérée. Le pouls radial est faible mais régulier ; ses pulsations sont isochrones aux battements de cœur (104 pulsations par minute). Il existe de forts battements épigastriques.

A l'auscultation, on trouve un souffle léger, au premier temps, à la base. Rien à la pointe. Dans les vaisseaux du cou, souffle continu avec redoublement.

Les artères battent très énergiquement à la région cervicale, surtout du côté gauche. Ce sont les artères thyroï-

diennes qui présentent les pulsations les plus intenses. Ces battements sont appréciables à la vue aussi bien qu'au toucher. Les veines jugulaires, fortement tendues, sont agitées par les pulsations artérielles, mais il n'y a pas de pouls veineux.

Il n'y a point de dyspnée. Les respirations sont au nombre de 34 par minute. L'auscultation ne fait rien découvrir d'anormal dans les poumons.

La saillie des yeux est fortement prononcée ; le blanc de la sclérotique s'aperçoit au-dessus et au-dessous de la cornée quand la malade regarde en face. Les pupilles sont très dilatées, mais contractiles. Point de battements oculaires. La vue est bien conservée.

Le corps thyroïde fait saillie, surtout du côté gauche. C'est la partie moyenne de la glande qui paraît affectée; cependant les prolongements latéraux, légèrement tuméfiés, donnent une sensation d'empâtement quand on explore les parties latérales du cou.

On constate de larges taches blanches irrégulières sur le côté gauche et la partie supérieure du cou, dans le voisinage des dernières apophyses épineuses cervicales et de quelques apophyses dorsales. Un grand nombre de petites taches de quelques centimètres d'étendue sont irrégulièrement disséminées sur les bras, les jambes, les seins et le visage, surtout à la lèvre supérieure. Mais ce qui frappe surtout l'attention, c'est une ceinture blanche qui fait le tour de la taille, offrant par place une largeur de 5 ou 6 centimètres et se rétrécissant sur d'autres points.

Ces taches blanches s'accroissent constamment en nombre et en étendue ; il en paraît de temps en temps sur des points nouveaux. Il est à noter que la malade offre un teint c'air à la surface du corps et ne présente nulle part de dépôts pigmentaires.

La température, prise dans l'aisselle, est de 37°. Cependant la malade ressent parfois une sensation de chaleur incommode qui la porte à rejeter ses couvertures lorsqu'elle est couchée, ou à se placer dans un courant d'air.

Les fonctions digestives sont bien conservées. La menstruation est peu abondante et irrégulière; mais il n'existe point de leucorrhée.

Le sommeil est agité; il n'y a point de rêves ni de cauchemars, mais elle dort mal, et c'est surtout pendant la nuit qu'elle est prise de ses accès d'hystérie.

Le caractère de cette femme est bizarre, changeant. Elle est difficile à vivre et ne se plaît nulle part.

On prescrit : bromure de potassium *trois* grammes. Deux portions alimentaires.

Le 24 novembre. — Violente attaque d'hystérie pendant la nuit. Le lendemain matin, à la visite, elle se plaint d'étouffements, de dyspnée. Elle vomit ses aliments et ne peut rien garder sur l'estomac.

La dose de bromure de potassium ayant été portée à cinq grammes, les phénomènes hystériques se sont assez promptement amendés. Mais le caractère bizarre de cette femme ne lui a pas permis de séjourner longtemps dans nos salles. Elle a donc quitté le service le 26 décembre 1872. Elle y est rentrée six semaines plus tard, mais n'y est restée que deux jours.

Nous avions ici une complication, qui venait souligner en quelque sorte les symptômes classiques de la maladie, et leur donner un relief qu'ils n'offrent pas dans notre premier cas ; je veux parler de l'hystérie. En effet, cette femme avait depuis dix-huit mois des attaques de nerfs, qui survenaient surtout la nuit, et M. Liouville ayant eu l'occasion d'assister à un de ses accès, a reconnu une

franche attaque d'hystérie, avec l'aura partant de l'épigastre, le laryngisme et tous les traits caractéristiques qui peuvent compléter le tableau.

Je viens, messieurs, de vous retracer en peu de mots l'histoire de deux malades que vous avez pu observer dans le service. Je vais maintenant vous exposer l'histoire de deux malades dans ses traits les plus généraux, et vous montrer sous quels rapports nos deux sujets se rapprochent du type classique et à quels égards ils s'en éloignent parfois.

Vous savez qu'une triade symptomatique constitue essentiellement la maladie de Basedow : ce sont le goître et l'exophthalmie, qui lui ont donné son nom le plus usité et les palpitations cardiaques et artérielles qui en sont le caractère fondamental. En effet, les deux autres symptômes peuvent manquer et manquent en effet (d'après les statistiques) une fois sur huit, et lorsque les phénomènes vasculaires sont nettement accentués, ils suffisent pour établir le diagnostic et permettent au médecin de prédire dans un avenir plus ou moins rapproché l'apparition des phénomènes de la maladie.

Les troubles vasculaires se manifestent surtout dans les artères du cou, et d'une manière générale dans la moitié supérieure du corps.

On a bien signalé chez quelques sujets des battements épigastriques, mais on a jamais rencontré des membres inférieurs (crurale, poplitée, etc.), circonstance intéressante à noter, si l'on réfléchit que le cœur lui-même est l'organe principalement atteint, et cependant les troubles du centre de la circulation ne retentissent que sur une moitié de l'artère vasculaire. On a rattaché à cette prédominance supérieure des battements artériels, la suppression des règles, qui se manifeste chez beaucoup de sujets et que

nous rencontrons effectivement chez notre première malade (1).

La fréquence du pouls est ici le premier indice de ce trouble singulier; chez une de nos malades (Obs. I), le pouls bat 124 fois par minute; chez l'autre (Obs. II), il s'élevait à 104. Il est bien entendu que cette accélération est étrangère à tout mouvement fébrile.

C'est surtout dans les vaisseaux du cou et principalement dans les artères thyroïdiennes que l'intensité de ce phénomène devient vraiment remarquable, et dans tous les cas, quand le sujet regarde en face, le blanc de la sclérotique est visible au-dessus et au-dessous de la cornée, ce qui donne, même dans les cas les plus légers, une expression d'étonnement, d'effroi et même de férocité, si le phénomène est très accentué.

Pendant le sommeil, les yeux restent ouverts en raison de l'insuffisance des paupières, qui ne peuvent plus envelopper le globe oculaire propulsé au dehors : il peut même arriver que, par ce fait, la conjonctive subisse des inflammations qui peuvent aboutir à l'ulcération de la cornée et à la perte de l'œil.

En dehors de ces cas excessivement graves, on observe généralement quelques troubles oculaires : il y a de la diplopie, ou tout au moins un léger défaut d'accommodation; cependant, plusieurs malades conservent assez bien la totalité de leurs fonctions visuelles. Chez beaucoup d'individus, on a noté une sensation pénible de pression, de plénitude de l'orbite, qui semble repousser l'œil au dehors.

On peut rattacher à cet ensemble de symptômes les névralgies trifaciales que l'on observe quelquefois et qui

(1) Nous tombons ici sur une exception à la règle, car notre seconde malade (Obs. II) présentait dans les crurales des pulsations fort énergiques qui contrastaient avec la faiblesse du pouls radical.

pourraient reconnaître pour cause une compression des branches de la cinquième paire qui traverse l'orbite pour se rendre à l'extérieur.

Quant à l'état de la pupille, c'est un phénomène qui a donné lieu à quelques controverses ; il est certain qu'on a quelquefois trouvé la pupille contractée, et c'était là un argument en faveur d'une théorie chez notre premier malade (Obs. I) ; nous avons constaté ce frémissement sous le doigt qui rappelle le bourdonnement d'un insecte, et que Monneret aimait à signaler. On a constaté en même temps chez plusieurs individus, un gonflement des veines du cou qui manquent chez l'un et chez l'autre de nos deux malades.

Les troubles vasculaires ouvrent presque toujours la scène : le second symptôme par ordre de date est la tuméfaction de la glande thyroïde.

Elle peut aller jusqu'au volume d'une grosse orange, et coïncide alors avec des battements très-exagérés des artères thyroïdiennes ; mais dans les cas les plus fréquents, elle se limite à des proportions plus modestes et ne dépasse pas la grosseur d'une noix : presque toujours (et c'est ce que nous observons chez nos deux malades), il existe une prédominance marquée du lobe latéral droit.

Le troisième symptôme par ordre chronologique est l'exophthalmie, le premier de tous les phénomènes sous le rapport pittoresque, et celui qui a fixé le premier l'attention des observateurs ; car il faut bien le dire, ce sont les oculistes qui les premiers ont signalé l'existence de cette maladie, ajoutons d'ailleurs qu'ils n'avaient absolument rien compris à la nature de cette affection.

Vous ne voyez ici qu'un degré fort léger de cette lésion si remarquable ; mais il faut savoir qu'elle peut atteindre un degré énorme ; que les yeux peuvent être luxés en de-

hors de l'orbite et les paupières retroussées en arrière des bulbes oculaires (Trousseau), que nous aurons à discuter plus loin ; mais dans la majorité des cas, c'est le contraire qui a lieu, et chez l'une et l'autre de nos deux malades, la pupille est fortement dilatée.

Tels sont, messieurs, les caractères fondamentaux de la maladie exophthalmique. A ces symptômes primordiaux, viennent s'ajouter d'autres phénomènes moins caractéristiques et moins constants, qu'il importe de signaler, puisqu'ils achèvent le tableau pathologique.

Aux troubles vasculaires, on peut rattacher cette augmentation de température qui a été notée dans un grand nombre de cas et qui peut atteindre 38° dans l'aisselle. En même temps, chez presque tous les malades, il existe une sensation pénible de chaleur qui les porte à rechercher le froid, à rejeter leurs couvertures, à se placer dans les courants d'air (Obs. IV) et qui n'est pas toujours en rapport avec une augmentation thermométrique de la température du corps. On a souvent remarqué des hémorrhagies se produisant sur divers points, et particulièrement des épistaxis ; par contre, la menstruation est souvent troublée ou supprimée comme je vous l'ai fait remarquer.

L'œdème des membres inférieurs, qui coïncide parfois avec le goître exophthalmique, peut être mis sur le compte des affections valvulaires du cœur, qui coïncident si souvent avec cette maladie, et qui sont l'une des terminaisons les plus fréquentes de l'évolution pathologique.

Beaucoup de sujets accusent une sensation fort pénible de dyspnée avec accélération de la respiration et avec un poids qui semble comprimer la poitrine, ce qui a donné lieu à quelques erreurs de diagnostic. En rapprochant ces symptômes des troubles cardiaques et de l'accélération du pouls, on a pu croire à l'existence d'une angine de poi-

trine ; mais cette erreur devient impossible quand l'exophthalmie et le goître s'ajoutent aux palpitations pour leur donner leur véritable signification.

On rencontre quelquefois d'autres troubles nerveux, de la céphalalgie, des névralgies à siège variable, des crampes dans le cou, de l'aphonie, de l'insomnie, des cauchemars, enfin des troubles intellectuels dont l'étude mérite de nous arrêter un instant.

Chez presque tous les sujets atteints de goître exophthalmique, il existe un certain degré d'exaltation intellectuelle et morale ; ils présentent presque tous des singularités, des idées bizarres. Chez certains d'entre eux, il se manifeste un érotisme des plus prononcés ; enfin, ces manifestations morbides peuvent aller jusqu'à la nuance la plus aiguë et entraîner l'application de la camisole de force.

La malade dont je vous ai parlé l'année dernière offrait au plus haut degré cette bizarrerie de caractère que je viens de vous signaler. Il lui était impossible de vivre avec ses voisines. Elle a quitté plusieurs fois le service sous des prétextes futiles pour y rentrer quelques jours plus tard, et son histoire comprend une longue odyssée dans les hôpitaux de Paris, dont vous nous épargnerez les détails. Notons, enfin, que cette femme était franchement hystérique, phénomène qui s'est rencontré quelquefois, mais assez rarement chez des individus atteints de la maladie de Basedow.

D'une manière habituelle, la santé générale est peu compromise; cependant, on voit se manifester, après un certain temps, des troubles gastro-intestinaux, de la dyspepsie, des vomissements, de la diarrhée; d'autres fois de la boulimie, avec amaigrissement et soif plus ou moins intense. Ce sont là des préludes de la cachexie qui vient souvent terminer l'évolution morbide.

L'anatomie pathologique n'a pas encore jeté une bien vive lumière sur l'histoire du goître exophthalmique. Cependant, quelque peu satisfaisants que puissent être les renseignements qu'elle nous fournit, nous ne devons pas les négliger entièrement. Le système vasculaire, la glande thyroïde, le globe oculaire et le contenu de l'orbite; enfin certaines parties du système nerveux, tels sont les points sur lesquels s'est principalement porté l'attention des anatomistes. Nous allons vous exposer en peu de mots les résultats de leurs recherches.

Il existe quelquefois des affections valvulaires du cœur. C'est ce qui a été constaté dans un seizième environ des cas connus. Mais les altérations cardiaques que l'on rencontre le plus souvent, sont la dilatation du ventricule gauche et du cœur droit, avec ou sans hypertrophie des parois. Dans un petit nombre de cas, on a trouvé une altération saillante du cœur. Ajoutons enfin que cet organe a été trouvé quelquefois à l'état parfaitement normal.

L'état des vaisseaux mérite aussi d'attirer l'attention; mais il faut l'avouer, les lésions qu'ils présentent n'offrent rien de bien caractéristique.

L'aorte a quelquefois présenté des lésions athéromateuses; mais ces altérations n'ont jamais été rencontrées chez des sujets jeunes, ce qui diminue sensiblement l'importance de ce fait.

Sur le trajet des artères thyroïdiennes, on a rencontré des dilatations flexueuses, quelquefois même de véritables anévrysmes; mais, il faut bien le dire, le plus souvent ces vaisseaux sont à l'état normal.

Le corps thyroïde lui-même peut offrir des altérations multiples, mais qui perdent toute signification précise par leur diversité. C'est ainsi qu'on a trouvé des kystes dans l'épaisseur de la glande. D'autres fois, elle avait subi la

dégénérescence cancéreuse. Dans d'autres cas, plus fréquents, elle offre une hypertrophie du tissu conjonctif interstitiel qui la resserre et la durcit. C'est une sorte de cyanose. Mais il faut bien le dire aussi, la glande paraît souvent n'avoir éprouvé aucune altération de tissu et ne semble avoir subi qu'une simple augmentation de volume.

L'exophthalmie, qui donne à cette affection une physionomie si remarquable, a trouvé son explication chez un petit nombre de sujets dans une augmentation du volume du tissu cellulaire qui occupe le fond de l'orbite, ou dans une dilatation des veines qui se ramifient dans cette cavité (cas de décès). Mais dans la majorité des cas, on n'a constaté aucune de ces lésions, et certains oculistes ont cru pouvoir attribuer la prostration de l'œil à l'action du muscle de Muller. C'est une plaie musculaire à fibres lisses décimée par le grand sympathique, et qui s'insère au périoste de la partie inférieure du pourtour de l'orbite. Il aurait pour action d'attirer l'œil au dehors. Mais nous ferons observer d'abord que ce muscle, très développé chez les ruminants, est au contraire très faible dans l'espèce humaine, et qu'il a pour antagonistes des muscles extrêmement puissants, à savoir le muscle droit de l'œil. Nous ne croyons donc pas qu'on puisse, en homme logique, attribuer une grande part d'action à ce muscle dans la production de l'exophthalmie.

NOTE

SUR

L'ALIMENTATION FORCÉE DES ALIÉNÉS

AU MOYEN DE LA SONDE ŒSOPHAGIENNE

ET SUR

La façon d'empêcher l'introduction des liquides dans les voies aériennes

Par le Dr G. DESCOURTIS

Rien n'est plus simple, en apparence, que le cathétérisme œsophagien. Dans la pratique cependant on se heurte souvent à des difficultés qu'il est utile de connaître, afin de les tourner, sinon de les vaincre

Nous avons donc cru qu'il n'était pas sans intérêt d'indiquer le manuel opératoire qui convient le mieux, d'après notre expérience, et qui permet, entre autres avantages, d'éviter l'introduction du liquide dans les voies aériennes, car c'est le danger que l'opérateur doit avoir toujours présent à l'esprit.

Le cathétérisme œsophagien se pratique :

1° Chez des personnes qui sont en état d'aider l'opérateur et de lui fournir certains renseignements utiles ;

2° Chez des personnes passives, qui n'opposent aucune résistance, mais qui sont également incapables d'éclairer l'opérateur ;

3° Enfin chez des personnes qui, pour des raisons quelconques, font des efforts pour empêcher l'introduction de la sonde et des aliments.

Dans le premier cas, le cathétérisme œsophagien ne présente aucune difficulté. Il suffit de prendre une sonde

souple et de l'introduire par la bouche, soit directement, soit avec un ou deux doigts pour la guider. Parfois même le patient se fait lui-même cette petite opération, pour laquelle le tube Faucher convient parfaitement.

Dans le second cas, qu'il s'agisse de lypémaniaques ou de persécutés qui croient subir un châtiment, l'opérateur n'est aidé en rien par le patient. Il y a lieu par suite d'assimiler les malades de cette catégorie à ceux de la catégorie suivante. Les difficultés d'introduction de la sonde sont moindres sans doute, mais les accidents ultérieurs sont peut-être plus à redouter encore.

Voyons donc quel doit être le manuel opératoire pour ce genre de malades, qui sont parfois des enfants, mais plus souvent des aliénés.

Deux alternatives se présentent. Faut-il introduire la sonde par le nez ou par la bouche ?

Si le malade fait la moindre opposition, et s'il n'y a pas d'indication spéciale, nous pensons qu'il est préférable de choisir la voie nasale.

En effet il est souvent fort difficile d'écarter les maxillaires d'un aliéné qui s'y refuse. On a bien imaginé des instruments pour ouvrir de force la bouche du malade, et pour la maintenir ouverte, mais ils ne remplissent qu'imparfaitement le but qu'on se propose, et deviennent trop facilement des instruments de torture. Ils nécessitent d'ailleurs l'intervention d'aides intelligents et dévoués, et exposent l'opérateur à avoir les doigts mordus, dans le cas où ils se déplaceraient et permettraient aux deux arcades dentaires de se rapprocher brusquement.

Il y a également des avantages d'un autre ordre à introduire la sonde par le nez.

La luette et le voile du palais sont moins directement excités et il y a moins de tendance aux vomissements. On

peut aussi laisser la sonde longtemps en place sans provoquer de malaise, et introduire les aliments plus lentement, ce qui permet encore dans certains cas d'éviter les vomissements.

Un autre avantage, non moins sérieux, est de laisser libres les mouvements du larynx et de la langue, en sorte que les aliments, dans le cas où ils reviennent dans la bouche, sont évacués au dehors, sans danger de pénétrer dans les voies respiratoires.

Par suite, nous pensons qu'il y a tout avantage à pratiquer le cathétérisme par le nez.

On se servira d'une sonde flexible, demi-molle, munie d'un seul œil, sans mandrin conducteur. Elle sera enduite d'un corps gras sur la moitié de sa longueur. On la saisira de la main droite, comme une plume à écrire, et on l'introduira dans l'une ou dans l'autre narine indifféremment.

Pour cela, le patient devra être assis sur un fauteuil bas et solide, où il sera maintenu par des liens s'il est nécessaire. Un aide quelconque se tiendra à proximité de l'opérateur, et celui-ci se placera à la droite du patient. Il lui prendra la tête sous son bras gauche, de façon que le vertex soit en rapport avec la partie antérieure de son aisselle, et que le menton soit fixé dans sa main. Embrassant ainsi de son bras la tête du patient, il l'appliquera facilement contre sa poitrine et l'y maintiendra sans peine, quand même il aurait affaire à un agité maniaque.

Saisissant alors la sonde comme nous l'avons dit, après lui avoir donné une légère courbure à son extrémité, il l'introduira d'abord de bas en haut, puis presque aussitôt il la dirigera horizontalement, d'avant en arrière, et un peu de dehors en dedans. Le bec de la sonde parcourra ainsi le plancher des fosses nasales, arrivera à leur arrière-

cavité, et viendra toucher la paroi postérieure du pharynx. Le mouvement de progression de la sonde n'en continuera pas moins, parce qu'elle aura gardé une certaine courbure pendant son trajet antérieur, courbure qui amène naturellement le bec de la sonde un peu en avant.

Alors surgit une difficulté, la difficulté la plus grave du cathétérisme œsophagien : faire pénétrer le bec de la sonde dans l'œsophage.

Le plus souvent, en effet, on se trouve en présence d'aliénés qui s'opposent par tous les moyens en leur pouvoir à cette introduction de la sonde. Dès qu'ils sentent qu'elle est dans leur arrière-gorge, ils appliquent énergiquement la base de la langue contre la paroi pharyngienne et cherchent à empêcher ainsi tout accès dans l'œsophage. Si l'on n'y prend pas garde, la sonde glisse sur la langue et revient par la bouche, ou bien elle se replie sur elle-même et reste dans l'arrière-gorge qu'elle tiraille en tous sens. Plus rarement elle pénètre dans le larynx, et si on ne s'en aperçoit pas assez tôt, on risque soit de produire dans le poumon un traumatisme dont les conséquences peuvent être fatales, soit d'introduire les aliments mêmes dans les bronches, ce qui serait capable de déterminer des accidents d'asphyxie foudroyante ou d'inflammation grave du tissu pulmonaire.

On doit donc prendre toutes ses précautions pour ne pas faire fausse route. Pour cela, il est nécessaire de s'armer de patience et de douceur. Quand la sonde arrive au niveau de la base de la langue, elle conserve sa courbure à concavité antérieure, et c'est ce qui lui permet de revenir parfois en avant. Aussi doit-on commencer par faire disparaître cette courbure. Pour cela, il suffit d'imprimer à la sonde un léger mouvement de rotation sur son axe

On la fait tourner sur elle-même, d'un demi-tour environ, de façon que son bec se rapproche d'abord de la ligne médiane, et se trouve appliqué avec une certaine force contre la paroi postérieure du pharynx. Si l'on éprouve de la difficulté à faire ainsi tourner la sonde sur elle-même, on combine ce mouvement de torsion avec de légers mouvements de haut en bas et de bas en haut. Le plus simple consiste à commencer ce mouvemeut de rotation de la sonde dès que le bec descend dans l'arrière-gorge, de sorte que quand il arrive au niveau de l'œsophage il a accompli son demi-tour en entier. On procède ainsi doucement, par une progression continue, sans à-coups, et la sonde pénètre facilement dans l'œsophage.

Si par hasard l'application de la base de la langue sur la paroi du pharynx est encore assez énergique pour empêcher l'introduction de la sonde, si on éprouve une résistance trop forte, il suffit d'attendre un peu et de saisir le premier moment de distraction du malade, s'il ouvre la bouche, s'il parle, ou mieux encore s'il fait un mouvement de déglutition. Dans ce dernier cas, il suffit de pousser légèrement la sonde et elle se trouve en quelque sorte entraînée d'elle-même.

L'introduction de la sonde se trouve encore aidée, à ce moment, par une simple flexion de la tête en avant.

Mais dès que la sonde a pénétré dans l'œsophage, il n'y a plus de difficulté. On la pousse jusque dans l'estomac, et on procède à l'injection du liquide au moyen d'un irrigateur.

Toutefois il y a lieu de prendre encore certaines précautions, pour s'assurer si la sonde est bien en réalité dans les voies digestives. Nous avons vu, en effet, que la sonde pouvait soit rester dans la bouche, soit pénétrer dans le larynx.

Nous supposerons qu'il est impossible d'ouvrir la bouche du patient pour reconnaître la position de la sonde.

Or, quand elle est restée dans la bouche, on le reconnaît clairement en général par la gêne qu'elle procure au malade.

Quand elle a pénétré dans le larynx, on en a été averti par de violentes nausées, au moment du passage dans la glotte, par une grande difficulté dans la respiration, par du cornage, par l'impossibilité d'articuler un mot et par une anxiété extrême.

Il peut arriver cependant que le malade ait de l'anesthésie de l'arrière-gorge, qu'il ne parle ordinairement pas, et qu'il ne fournisse pas de signe de gêne notable de la respiration, surtout si la sonde est très-petite.

Dans ces conditions, il y a lieu de redoubler de précautions, de même que toutes les fois que le malade est dans la stupeur, ou incapable de donner aucun renseignement.

On a proposé plusieurs moyens pour se rendre compte si la sonde est bien réellement parvenue dans l'estomac, mais ils sont infidèles.

Ainsi on dit que quand la sonde arrive dans l'estomac, on en est averti par la sortie brusque de quelques bulles d'air d'une odeur caractéristique, tandis que dans les bronches il se produit un mouvement de va-et-vient de l'air, isochrone avec les mouvements de la respiration.

Ce signe n'a qu'une valeur secondaire, car l'air peut faire défaut dans l'estomac, de même que l'œil de la sonde peut se trouver appliqué contre la paroi d'une petite bronche, en sorte que le passage de l'air est impossible.

Quant à approcher une lumière du pavillon de la sonde, pour voir si l'air expiré n'en ferait pas osciller la flamme, on conçoit que ce signe n'a pas plus de valeur que le précédent et qu'il lui est intimement lié.

Enfin on a proposé d'autres procédés, plus ou moins ingénieux, mais d'une utilité relative. Nous ne nous y arrêterons pas (1).

Celui que nous recommandons, et qui ne nous a jamais trompé, est des plus simples. Il est peu connu. Il consiste à insuffler de l'air dans la sonde, soit directement avec la bouche, soit avec un intermédiaire quelconque. Si la sonde est dans l'estomac, on a la sensation très nette d'un ballon de caoutchouc qui se distendrait progressivement. Dès qu'on cesse d'insuffler de l'air, et qu'on abandonne le pavillon de la sonde, tout l'air contenu dans l'estomac est expulsé au dehors avec force et d'une façon continue, absolument comme celui du ballon de caoutchouc dont nous parlions.

Il suffit d'avoir fait cette petite expérience une seule fois pour qu'il soit impossible de s'y tromper. L'estomac seul, en se dilatant, peut donner cette sensation caractéristique. D'ailleurs on entend souvent des borborygmes qui ne peuvent se produire que dans les voies digestives.

Pour plus de clarté, nous admettrons deux hypothèses.

1° *L'air ne traverse pas la sonde.*

Ce cas se présente si la sonde est repliée sur elle-même, si elle est restée dans l'arrière-gorge, si elle est revenue par la bouche, si elle est simplement obstruée, ou enfin, ce qui ne devrait jamais arriver, si elle a pénétré dans une petite bronche, contre la paroi de laquelle l'œil se trouve appliqué. Alors on n'a qu'à la retirer et à l'introduire de nouveau dans de meilleures conditions.

2° *L'air traverse la sonde.*

Dans cette hypothèse, on pourra insuffler un peu d'air,

(1) Voir en particulier l'intéressante communication du docteur Régis. (*Annales méd. psych.* 3e série, t. V, p. 53.)

soit dans une petite bronche, soit dans l'arrière-gorge ou dans la bouche même du malade, mais cet air ne passera facilement et en grande quantité, avec la sensation d'un ballon qui se distendrait, que s'il est envoyé directement dans l'estomac.

D'ailleurs, lorsque l'air est expulsé de l'estomac, on le reconnaît encore à ce que la dernière partie sort sous forme de bulles qui crèvent dans la sonde, parce qu'il s'y introduit en même temps un peu de liquide.

Pour plus de sûreté, on peut pratiquer la percussion de la région épigastrique, lorsqu'on a insufflé l'air, et en s'opposant à sa sortie par le pavillon de la sonde. Mais ce moyen est inutile, on est déjà suffisamment renseigné.

On peut toutefois comprimer la région épigastrique pour expulser ce qui resterait d'air dans l'estomac, bien qu'en général l'estomac le chasse presque toujours de lui-même en totalité.

A ce moment, il n'y a plus aucun danger à faire pénétrer le liquide alimentaire. Toutefois si l'on conservait le moindre doute, il ne faudrait lui livrer passage que peu à peu et d'abord par petites quantités. L'absorption pulmonaire serait possible pour de faibles doses, tandis qu'en plus forte proportion le liquide déterminerait des accidents d'asphyxie foudroyante.

Les aliments étant bien poussés dans l'estomac, on n'a plus qu'une chose à craindre, les vomissements. Volontairement ou non, les malades régurgitent parfois tout le liquide, soit au fur et à mesure qu'on l'injecte, soit après l'opération. Il faudra alors éviter de pousser la sonde trop loin dans l'estomac, pour que son extrémité ne vienne pas en exciter les parois. Si les malades vomissent quand même, on essayera de détourner leur attention et de provoquer des réflexes qui neutralisent la tendance de l'estomac à se

contracter. Pour cela on projette de l'eau froide sur la figure du patient, on lui flagelle le thorax avec une serviette imbibée d'eau, ou on excite d'une façon mécanique quelconque la région épigastrique. On peut même commencer par injecter de l'eau claire, pour épuiser la force de contractilité des parois de l'estomac, en provoquant des vomissements sans conséquence, et injecter ensuite les aliments qui sont tolérés.

Mais il faut reconnaître que parfois tous ces moyens échouent, et que l'estomac garde peu d'aliments.

En somme, il faut donc toujours songer à la possibilité de ces vomissements et faire en sorte qu'ils ne provoquent aucun accident. C'est pour cette raison que le patient doit être assis, afin que le liquide s'écoule naturellement par la bouche et ne pénètre pas dans les voies respiratoires. C'est pour cela encore que le patient ne doit jamais être fixé sur son lit, lorsqu'on est obligé de lui pratiquer le cathétérisme dans la position horizontale, à cause de sa faiblesse ou pour tout autre motif. En effet, si les aliments refluent dans la bouche d'un sujet placé dans le décubitus dorsal et fixé dans cette position par des liens, la bouche s'emplit de liquide qui se trouve entraîné dans les bronches avant qu'on ait eu le temps de mettre le malade sur son séant.

Quoi qu'il en soit, le cathétérisme pratiqué par la voie nasale nous semble rendre ces vomissements moins dangereux.

Pour nous, il nous a toujours été facile de faire pénétrer une sonde par le nez jusque dans l'estomac. Nous n'avons jamais eu besoin d'un mandrin conducteur et nous n'en conseillons pas l'emploi.

On a reproché à la sonde, introduite seule, de se recourber avec peine sur la paroi postérieure du pharynx,

et d'y produire des érosions qui entraîneraient quelquefois des abcès ou même des phlegmons. Nous croyons qu'avec un peu de précaution, en employant une sonde demi-molle et en s'abstenant de tout effort violent, on n'a jamais d'accident de ce genre à craindre, surtout si l'on a eu soin, au préalable, de donner à la sonde une légère courbure.

Resteraient les hémorrhagies, produites par une déchirure des cornets. On peut les éviter en procédant avec douceur et en suivant d'aussi près que possible le plancher des fosses nasales. D'ailleurs s'il s'écoule un peu de sang, on le voit en général s'arrêter de lui-même. Si cependant l'hémorrhagie devenait inquiétante, on la combattrait par les moyens habituels : nous n'en avons eu aucun exemple.

Une des conséquences les plus désagréables de ces petites hémorrhagies ne consiste que dans la formation de caillots, ce qui obstrue la fosse nasale, et oblige pendant quelques jours à introduire la sonde dans l'autre narine.

Enfin, pour éviter qu'il retombe quelques gouttes de liquide dans le larynx, au moment où on retire la sonde, il suffit de tenir le pouce appliqué sur son pavillon, ce qui permet de l'amener au dehors sans lui laisser rien perdre de son contenu.

En résumé, nous croyons qu'à moins de malformation extrême du nez, il est toujours possible d'y faire pénétrer la sonde sans danger; que cette sonde arrive facilement dans l'estomac, en prenant les précautions indiquées plus haut; et qu'*on se rendra compte de la position exacte de la sonde en y insufflant l'air au moyen de la bouche.*

L'HYSTÉRIE CHEZ LE NÈGRE

Par Philip S. RAY, M. D.,

WASHINGTON, D. C.

L'hystérie est de toutes les maladies celle qui mérite le moins son nom.

Elle n'a pas son siège dans l'utérus, comme le croyaient les anciens, et les organes de la reproduction n'ont aucun rapport nécessaire avec elle.

Elle n'est même pas spéciale à la femme, et beaucoup d'hommes robustes en sont atteints.

Son domaine s'étend chaque jour davantage, dans le présent et dans le passé. Non pas, croyons-nous, parce qu'elle est beaucoup plus fréquente, mais parce qu'on la connait mieux.

Les hystériques, hommes et femmes, ont existé dans tous les temps. La forme revêtue par la maladie différait seule, et il faut l'attribuer aux croyances et aux coutumes différentes des sujets qui en étaient atteints.

Elle ne semble donc pas être uniquement le produit de la civilisation, car si les manifestations psychiques sont plus nombreuses et plus variées de nos jours, dans les classes supérieures de la société, il est fort probable qu'elle existait chez les peuplades les plus incultes, mais réduite à ces symptômes physiques que nous apprenons chaque jour à mieux connaître.

Dans un intéressant travail publié par le docteur Régis dans ce journal (1), l'éminent aliéniste s'occupe de la superstition et de la folie chez les nègres du Zambèze. « L'hys-

(1) Encéphale, 1882, p. 76.

térie, dit-il (p. 83), ne semble pas y exister, ou, du moins, on n'en trouve pas trace apparente chez les femmes, ce qui ne saurait surprendre, cette névrose étant un produit cultivé par la civilisation. »

Nous regrettons de n'être pas de l'avis de notre distingué confrère, mais, comme nous l'avons déjà dit, nous croyons que la civilisation n'a fait qu'imprimer à la maladie un cachet spécial, tandis qu'elle a toujours existé, dans tous les temps et dans tous les milieux.

Tel sujet hystérique présente de violentes attaques, tel autre n'a que du délire, tel autrè des troubles de la sensibilité, tel autre encore passera pour jouir de la meilleure santé et de l'esprit le mieux équilibré, jusqu'au jour où un traumatisme développera chez lui une contracture et mettra au jour l'hystérie latente. Tous cependant sont des hystériques, mais s'ils ne présentent pas de symptômes saillants, tels que des attaques convulsives, on ne les reconnaît généralement pas.

Au point de vue de l'hystérie chez les êtres inférieurs, l'article suivant nous a paru digne d'être rapporté, malgré sa concision. Ce sera une petite pierre apportée à l'édification du monument qu'on élève de nos jours à la grande névrose (1). G. D.

Je crois qu'aucune affection du système nerveux n'a donné lieu à plus d'interprétations différentes que l'hystérie. Pour le médecin praticien, l'affection se résume cliniquement en un trouble nerveux fonctionnel; tout le système nerveux, pendant l'attaque, devenant hypéresthésié à l'extrême, et le principal trouble cérébral consistant dans l'affaiblissement de la volonté.

Hammond rapporte que d'après les renseignements qu'il a recueillis, l'hystérie était une maladie à peu près inconnue chez les nègres pendant la période de l'esclavage.

Je crois cependant que cette opinion est erronée, car nous trouvons les cas les plus typiques d'hystérie chez le nègre au milieu de l'excitation produite par le fanatisme re-

(1) L'hystérie chez le nègre, par Philippe Ray. *The Medical Record*, 14 juillet 1888.

ligieux, et ces scènes étaient assurément fréquentes au temps de l'esclavage.

Aujourd'hui, la maladie, sous toutes ses formes, est certainement très commune chez le nègre. Le faible développement de son intelligence et sa nature émotive sont deux conditions favorables pour l'éclosion de la maladie.

Hammond dit que l'inaction est pour les femmes une grande cause d'hystérie. C'est peut-être vrai pour les familles riches, mais on la voit provoquée le plus souvent par le surmenage dans les fabriques, les magasins et les maisons particulières. Dans son essence, dit Suckling, la maladie provient d'un affaiblissement de la santé générale, de l'ennui et de la fatigue intellectuelle. La négresse tend, de nos ours, à imiter l'Américaine, sa sœur blanche, dans sa façon de se vêtir et en même temps dans son ardeur au travail; car elle fait presque tout le travail de l'homme, en particulier dans les villes.

Au lieu de laisser courir les petits nègres en plein air, selon les lois de la nature, jusqu'à ce qu'ils soient assez forts pour travailler, on les place dans une école malsaine où l'on s'efforce de leur inculquer quelques notions puisées dans des livres, notions qu'ils s'empressent d'oublier, incapables qu'ils sont d'en apprécier la réelle valeur. Et cela se poursuit jusqu'à ce qu'ils aient quinze ans, époque où on les fait travailler soit dans la famille, soit dans une autre maison, avec des vêtements modernes.

Ces changements dans leur manière de vivre augmentent, à mon avis, le nombre des négresses hystériques de nos ours.

L'hystérie des hommes (ou la neurasthénie, comme on dit) provient ordinairement de la fatigue intellectuelle, qui, en réalité, ne peut pas se produire chez le nègre; aussi ne le voyons-nous pas souvent atteint de ce trouble spécial.

Je citerai deux cas d'hystérie, telle qu'on la rencontre dans la race nègre à l'époque actuelle.

J'ai été appelé, il y a peu de temps, pour voir une jeune fille de vingt ans. Elle était allée à l'école jusqu'à quinze ans, et était ensuite entrée dans un atelier avec des vêtements

ajustés. Lorque je la vis, elle était au lit depuis une semaine. Elle disait qu'il lui semblait, lorsqu'elle était endormie, que quelqu'un « lui montait sur l'estomac. » Elle se plaignait d'une souffrance vive quand on lui touchait l'abdomen ou la poitrine, poussait un cri et restait inconsciente pendant quinze ou vingt minutes. Il lui semblait qu'elle était sur le point de mourir.

Je lui expliquai que c'était un trouble nerveux, et que, si elle voulait m'aider, elle serait guérie en peu de jours. Je la fis se lever et s'habiller, et je lui prescrivis du bromure et de la teinture de chanvre indien, avec un tonique. En quelques jours les troubles nerveux disparurent et elle put sortir ; ces symptômes ne se reproduisirent pas depuis cette époque.

Je vis la semaine dernière un cas tout à fait semblable, sauf qu'il était plus grave. Tous les symptômes morbides disparurent au moyen d'un traitement approprié.

Hammond prétend aussi que la maladie est à peu près inconnue chez les nations sauvages. J'en doute; en effet, je tiens pour certain que toutes les classes d'êtres sont sujettes à ce que nous appelons communément l'hystérie, et je crois que les animaux inférieurs peuvent aussi en être atteints, sous l'influence de leurs émotions. »

REVUE CRITIQUE

LA DISCUSSION SUR LE DÉLIRE CHRONIQUE

A LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Par le Dr ROUILLARD
Chef de clinique des maladies mentales

Tous les aliénistes ont suivi avec le plus grand intérêt l'importante discussion sur le *Délire chronique* ouverte à la *Société Médico-Psychologique* depuis le mois d'octobre 1886. Le puissant intérêt du sujet, la haute compétence, et, souvent même l'éloquence des orateurs ont fait de cette discussion, un véritable événement scientifique, qui marquera une étape importante dans la marche des sciences psychiques. — La discussion n'est point close encore, et sera utilement reprise plus tard. Mais on peut dès maintenant, sinon juger la question encore pendante, du moins jeter un coup d'œil sur les principales opinions qui se sont fait jour.

La discussion, sans avoir abouti, a déjà eu un effet sérieux et appréciable, en ce qu'elle a posé nettement la question, et qu'il n'y a plus maintenant d'ambiguité possible. Mais, pendant un an et demi, les partisans du délire chronique n'ont pas reculé d'une semelle, et ses adversaires n'ont pas fait la moindre concession. Aussi les deux partis sont-ils,

selon la spirituelle comparaison de M. Ball, comme les deux termes de ces divisions dont le quotient à chiffres périodiques, ne peut jamais être exact, ni avoir de solution. Quelques neutres et indécis flottent entre ces deux extrêmes. Spectateur impartial et muet, n'ayant pas pris la parole dans la discussion, il me sera permis de la résumer en quelques lignes. Le cadre forcément restreint de ce petit article, ne me permet pas de citer d'importants écrits (thèses, articles et brochures), parus sur cette question depuis deux ans, en dehors de la Société médico-psychologique.

Il y a plus de trente ans, qu'en 1852, Lasègue par un trait de génie synthétiseur, semblable à celui de Bayle créant la paralysie générale, sépara du groupe confus et hétérogène de la mélancolie de Pinel et d'Esquirol, le délire des persécutions. Inutile de décrire ce type clinique aujourd'hui classique dans tous les pays du monde. Mais, comme tous les créateurs, comme Laënnec, comme Louis, comme Bright, comme Duchenne de Boulogne, Lasègue ne pouvait avoir tout décrit dans la maladie qui l'a immortalisé. C'est à ses successeurs qu'il appartenait d'analyser à fond la question, d'en fouiller tous les recoins, et de perfectionner son œuvre sans la dénaturer.

On connait le délire chronique, décrit par M. Magnan et ses élèves, avec un talent et une rigueur scientifique qu'on ne peut méconnaître. Je ne rééditerai pas cette description. Mais il faut bien connaître la topographie de la place, attaquée et défendue avec acharnement. Voici en quels termes le délire chronique était résumé dans la séance du 25 octobre 1886 par un élève de M. Magnan, M. Paul Garnier, devenu, lui aussi, un maître.

C'est une maladie mentale dont la tendance à la chronicité s'affirme par une évolution progressive, systématique, par la succession de quatre stades nettement définies et apparaissant invariablement dans le même ordre.

1° La première période, dite d'incubation, où le malade, troublé, inquiet, concentré, replié sur lui-même, en état d'éréthisme psycho-sensoriel, aborde, après des hésitations plus ou moins longues, les interprétations délirantes.

2° La deuxième période, constituée par l'organisation d'un délire de persécution, où les idées maladives sans cesse alimentées par des troubles sensoriels, prennent corps, s'installent, se coordonnent et se systématisent.

3° La quatrième période, phase terminale de l'évolution vésanique, où l'échafaudage délirant s'écroule pièce à pièce, et où tout dénonce la déchéance mentale, la démence irrémédiable.

Donc, pas d'ambiguité possible, l'évolution de la maladie est nettement définie, elle est fatale. D'après M. Paul Garnier, la marche de la vésanie est soumise à des lois immuables et, c'est lentement, progressivement, méthodiquement que l'affection mentale se déroule magistralement sans laisser place à l'imprévu, ni du reste à l'espoir d'une rétrocession, si ce n'est au début.

Voyons maintenant comment les divers termes de cette proposition, si séduisante au premier abord, ont été accueillis, et dans quelle mesure les contradicteurs les ont trouvés conformes à la réalité clinique.

La première période, la période d'incubation, caractérisée par l'inquiétude, n'a pas rencontré de contradiction sérieuse. Tous les auteurs l'ont constatée et s'y sont plus ou moins étendus. Mais cette période dans laquelle le malade est tourmenté, hypochondriaque, précède presque toutes, sinon toutes les maladies mentales, comme le fait remarquer M. Christian. Ne la trouve-t-on pas même quelquefois, comme prodromique des états maniaques, qui en sont l'antipode? Les délirants chroniques se recrutent de préférence parmi ces individus, que dès l'enfance, dès le collège, on a vu, constamment à l'écart des autres enfants, soucieux, défiants, hantés de préoccupations hypochondriaques. Cela, tout le monde l'admet. Mais pourquoi tel hypochondriaque devient-il un persécuté, tandis que tel autre, en apparence tout semblable, ne sera jamais qu'un hypochondriaque? C'est la question que pose M. Christian. — Elle est restée sans réponse. — M. Marandon de Montyel nous a bien montré les rapports qui existent entre le caractère et les conceptions délirantes. Le délirant chronique présente, dès son enfance, ces dispositions à la

méfiance et à l'orgueil, l'idée de défiance, l'idée mysti-
que, l'idée de supériorité, sur lesquelles a insisté aussi
M. Briand.

Mais, outre qu'un grand nombre d'individus présentent
cet état mental et le conservent toute leur vie sans jamais
devenir aliénés, on ne peut considérer cet état prodro-
mique comme un élément, ni de diagnostic, ni de pro-
nostic. Il est jusqu'ici matériellement impossible à un
aliéniste de dire : Cet homme deviendra un délirant chro-
nique. On ne constate cette première phase que par l'en-
quête faite sur les antécédents du malade. Elle n'a qu'un
intérêt rétrospectif. — Des doutes même ont été formulés
sur ce point. Chez les persécutés raisonnants, d'après mon
savant collègue, M. Pichon, on ne découvre jamais nette-
ment cette phase d'hésitation délirante. Il en a cité deux
belles observations dans lesquelles les malades ont, du
premier coup, trouvé la forme de leur délire et s'y sont
cantonnés. Reste à savoir si ces aliénés persécutés, persé-
cuteurs, fort bien décrits dans sa thèse par M. Pottier, s
ces persécutés raisonnants, que M. Pichon propose,
bon droit, de ranger sous l'étiquette de délire de pers
cution type Falret, par opposition au type Lasègue, si c
malades, rentrent ou non dans le délire chronique.
paraissent s'en écarter beaucoup, d'après M. Pichon,
par leur point de départ, et par leur point d'arrivée,
par l'absence fréquente d'hallucinations.

La deuxième période est celle où les idées de pers
tion, jusqu'ici à l'état embryonnaire et seulement éb
chées, prennent corps et se systématisent. C'est de be
coup la période la plus importante. Elle était aux yeux
Lasègue, la maladie elle-même. C'est la période de pe
cution. Pour les partisans du délire chronique, M. Mag
et ses élèves, elle n'est qu'une phase de la maladie,
épisode, une étape, selon le mot de M. Christian,
étape forcée, et à laquelle séjourne longtemps le mal
dix, quinze, vingt ans. On a même constaté une durée
trente années. Inutile de nous arrêter sur ce point.
la question, et c'est presque le seul point qui ait di
les orateurs, est de savoir si la maladie peut s'arrêter

où si elle doit forcément, fatalement, se continuer par les périodes de mégalomanie et de démence terminale.

C'est qu'en effet, pour les partisans du délire chronique, le délire des persécutions n'existe pas plus que la mégalomanie, c'est là simplement l'évolution de la maladie. Au début de la discussion, M. Falret le premier s'est inscrit en faux contre cette opinion, brillamment défendue, notamment par MM. Garnier, Briand, Saury, Marandon de Montyel.

Pour M. Falret, cette transformation du délire de persécution en délire de grandeur qui est fréquente, est loin d'être constante, et n'a pas lieu dans la majorité des cas ; c'est à peine si on l'observerait dans le tiers des cas. M. Dagonet fait remarquer que d'après Guislain la mégalomanie ne se verrait qu'une fois sur 300 admissions. Foville en a relevé dix cas sur 608 aliénés et M. Pichon, sur 54 persécutés du type classique soigneusement observés, trouve dix persécutés mégalomanes, soit un cinquième environ. Il est donc prouvé que cette transformation n'a rien de fatal. Les partisans du délire chronique ripostent que si les persécutés observés ne sont pas encore ambitieux, ils le deviendront. Mais, en réalité, s'il faut pendant vingt ans et plus observer un malade, qu'une maladie incidente peut enlever, l'argument perd beaucoup de sa valeur, quoique M. Marandon de Montyel compare ingénieusement ce délire au tabes qui peut se prolonger indéfiniment. Il est juste de reconnaître que M. Magnan lui-même concède que, si c'est là la marche habituelle, il n'y a en clinique rien d'absolu. Je conviens, avec M. Garnier que les exceptions confirment la règle. Mais avouons que lorsque les exceptions constituent les deux tiers des cas, la proportion devient un peu forte et la règle n'en est plus une.

La théorie du délire chronique semble impliquer que tout malade chez lequel on constate un délire des grandeurs systématisé (il ne s'agit pas ici des idées de grandeur plus ou moins fugaces, incohérentes et sans cohésion, rencontrées dans bien d'autres maladies), n'est autre qu'un délirant chronique, un ancien persécuté parvenu à la troisième

période. Or, certains malades ont présenté un délire ambitieux primitif. M. Dagonet, dont les opinions sur ce point, sont bien connues, en a rappelé des exemples. M. Ball a lu les observations de deux aliénés mégalomanes, dont l'un se dit le Pape, et l'autre, Pierre de Bourbon. On a fait à ces cas de fortes objections. Mais il faut considérer avec M. Ball, qu'il est bien patent et avéré que son premier malade n'a jamais eu d'idées de persécution. En aura-t-il? — Mais si l'idée de persécution s'implantait un jour dans son cerveau, l'ordre logique des périodes du délire chronique serait interverti. Quant à Pierre de Bourbon, il est vrai, comme le fait remarquer M. Marandon de Montyel, que ses antécédents manquent, puisque son état civil même est inconnu, et qu'à toutes les questions cet homme répond invariablement depuis des années qu'il est un Bourbon. M. Marandon de Montyel dit n'avoir jamais vu de mégalomane non persécuté, et pense que Pierre de Bourbon est un délirant chronique. Mais, outre que les hallucinations et les idées de persécution font complètement défaut chez lui, il n'est pas méchant, hargneux, agressif comme les persécutés; il est bon enfant, bienveillant et soumis docilement aux règles de la maison, depuis cinq ans qu'il y est interné: le fait est très important à noter.

M. Marandon de Montyel a fait remarquer, ainsi que M. Doutrebente que certains malades dissimulent leurs idées de grandeurs. Cela est vrai, mais cette dissimulation doit être aussi rare que celle des idées de persécution peut être fréquente.

En regard des mégalomanes systématiques qui n'ont pas été persécutés, on oppose les persécutés qui ne deviennent pas mégalomanes. Je parlais tout à l'heure des persécutés raisonnants ou persécutés persécuteurs de M. Falret et de M. Pottier. Suivant M. Christian, il existe une catégorie de persécutés chez lesquels on peut affirmer que jamais, à aucun moment il ne surviendra de délire de grandeur: ce sont ceux dont le délire s'alimente exclusivement dans les troubles de la sensibilité génitale. Ces malades n'arriveraient jamais à la mégalomanie, ils peuvent avoir des idées de grandeur, mais qui ne s ront jamais qu'accessoires,

passagères. Il faut, pour être juste, ajouter que cette opinion a été mise en doute, notamment par M. Doutrebente qui a constaté des conceptions ambitieuses chez un des malades de M. Christian.

Le mécanisme de la transformation du délire de persécution en délire de grandeur, soit du passage de la deuxième à la troisième période, a été l'objet d'intéressantes discussions. On sait que trois théories sont ici en présence. Pour les uns, comme M. Delasiauve, les idées de grandeur ne sont pas une terminaison du délire de persécution, c'est une simple manifestation épisodique. M. Christian croit aussi que le délire mégalomaniaque surgit à l'occasion d'une terreur, d'un rêve, d'une réminiscense, d'un accident fortuit. Esquirol cite un malade, nous dirions un persécuté, qui, entrant par hasard dans un café, y lit dans un journal l'histoire du faux Dauphin, fils de Louis XVI : aussitôt il s'imagine qu'il est le Dauphin.

Pour d'autres auteurs, ces causes étrangères, ces accidents fortuits n'ont qu'un rôle secondaire. C'est l'hallucination qui crée le délire de grandeur. C'est une voix qui annonce au malade qu'il est roi, pape, Dieu. L'aliéné ne raisonne pas son délire, il le subit. Et cependant, nous dit M. Camuset, l'hallucination elle-même, qui dit au persécuté qu'il est général, et qui le convainc du coup de la réalité de sa haute situation, n'est-elle autre chose que le résultat d'un travail inconscient du cerveau même du persécuté? —M. Camuset est amené à supposer que l'apparition des idées ambitieuses dans le délire chronique coïncide avec le début d'une modification spéciale permanente du substratum anatomique, modification profonde, moléculaire, inappréciable au microscope, mais qui existerait cependant.

Une troisième théorie, la plus importante, est celle de la déduction logique. On sait quel magistral exposé Foville en a fait dans son mémoire sur la Folie avec prédominance des idées de grandeur. « Pourquoi me persécute-t-on, se dit un jour le malade? Pourquoi s'acharne-t-on ainsi après moi, après moi seul ? Je suis donc un être embarrassant; il y a de hauts intérêts que je blesse. Je suis

donc d'une grande famille, peut-être un Bonaparte, un Bourbon, etc. » Cette théorie de la transformation syllogistique est des plus séduisantes. Mais ce n'est qu'une théorie, et elle a été fort contestée. — On ne mène pas à volonté son esprit dans le chemin de l'absurde, dit M. Ball. — Et M. Christian se dit que si cette théorie se généralisait, elle nous ramènerait aux beaux jours de l'école psychologique, alors que l'aliéné était considéré comme un homme raisonnant juste mais partant d'un principe faux. — M. Falret cependant admet deux genèses de cette transformation qui s'opère, tantôt presque subitement, par exemple, dans l'espace d'une nuit, tantôt plus lentement, et d'une manière logique. Il faut reconnaître aussi que les partisans du délire chronique, s'ils ont un faible pour cette dernière théorie de la déduction logique, n'en font pas, ainsi que l'affirmait M. Briand, la cause exclusive de la transformation du délire.

Enfin, la dernière question concernant cette troisième période de systématisation ultime, est de savoir si le délire des grandeurs efface complètement le délire des persécutions. Ce serait, d'après M. Falret et M. Cotard, une erreur de croire que le délire de grandeur, quand il survient à une période avancée du délire de persécution, l'efface complètement et se substitue à lui ; c'est un simple délire surajouté qui ne fait disparaître, ni les idées de persécution anciennes, ni les hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale qui caractérisaient les périodes précédentes. Il faut convenir, d'ailleurs, que ni M. Magnan, ni ses élèves, n'ont avancé que ce nouveau délire annihilait le précédent. M. Garnier nous dit que pendant une durée souvent fort longue, les deux ordres d'idées coexistent, mais que la tendance qui s'affirme de plus en plus, est dans le sens des conceptions orgueilleuses.

Je ne puis quitter ce point sans rappeler les quelques lignes lues par M. Doutrebente et extraites de l'opuscule de Dom Calmet, sur les apparitions des anges et des démons paru à Paris en 1746. Si la transformation du délire de persécution en mégalomanie nous est bien connue aujourd'hui, elle a été entrevue au siècle dernier. Dom Calmet

dit que les hypochondriaques arrivent à se figurer qu'ils sont de terre, de neige ou de glace, ou être rois, papes, cardinaux; ils parlent et agissent en conséquence.

Quant à la dernière période, la période de démence, elle-même a été controversée. M. Christian jure n'en avoir jamais vu et cite des persécutés septuagénaires morts sans avoir atteint ni la troisième, ni la quatrième période.

On voit, en effet, dit M. Falret, dans tous les asiles, de vieux persécutés aliénés depuis vingt ou trente ans, qui causent raisonnablement sur les sujets étrangers à leur délire, et ne peuvent être considérés comme déments, au sens habituel du mot.

D'après M. Dagonet, les femmes tomberaient dans la démence plus vite que les hommes.

Enfin cette démence elle-même serait pour M. Marandon de Montyel, caractérisée, moins par l'affaiblissement de la mémoire, que par une faiblesse de jugement. C'est donc une démence bien anodine. Si l'on réfléchit d'ailleurs que le délire chronique peut avoir une durée de dix, de vingt, de trente ans, et qu'il fait son apparition dans l'âge mûr, on arrive à se demander si cette démence si tardive ne serait pas tout simplement de la sénilité.

M. Falret s'est demandé si l'on ne risquait pas de réunir sous la dénomination trop vague de délire chronique des faits disparates et des états très divers que caractérise également la chronicité. M. Magnan et M. Garnier nous ont assurés du contraire, et M. Saury s'est élevé contre la facile tendance à décrire comme délirants chroniques, des mégalomanes persécutés, à évolution irrégulière, et procédant par cela même d'une espèce morbide différente du délire chronique. — M. Charpentier a fait le diagnostic différentiel de toutes ces formes et variétés de délires, de diverses sortes et origines, dans sa longue et intéressante communication sur les idées morbides de persécution. Il divise ses persécutés en neuf groupes. C'est dans les deux derniers que sont rangés les délirants chroniques. Le [illegible] groupe est celui des persécutés avec hallucinations et délire systématisé. Il est divisé en trois variétés : persécutés sensoriels, persécutés psychiques et persécutés

psycho-sensoriels. Le 9[e] groupe comprend les persécutés qui aboutissent à la mégalomanie, persécutés à variété chronique.

Cette longue classification est intéressante, mais elle est un peu artificielle et divisée à l'excès. D'après ce partage des persécutés types en deux groupes distincts, on voit que M. Charpentier n'admet pas non plus la transformation fatale du persécuté en mégalomane.

Je ne puis passer sous silence la si brillante communication de M. Séglas, dans la séance du 30 janvier 1888. L'objection faite au délire chronique par M. Séglas, consiste en ceci, que d'après ses partisans, on n'y trouve pas ou peu d'hérédité, ce facteur principal de la dégénérescence, pour MM. Magnan et Garnier, et en tout cas, pas de marques de cette dégénérescence, ni stigmates physiques, ni encore stigmates psychiques puisque, jusqu'à l'âge avancé (trente ans environ) où débute la vésanie, l'état mental reste intact. Or, dans les huit observations que nous a lues M. Séglas, observations recueillies avec un soin méticuleux, où les antécédents héréditaires et personnels de chaque malade sont exposés avec un grand luxe de détails, on rencontre à la fois l'hérédité, la dégénérescence et le délire chronique. Ce sont des délirants chroniques, et cependant on trouve chez eux une hérédité aussi chargée que celle des dégénérés les plus avoués, et se manifestant par l'alcoolisme, les paralysies, les altérations du caractère, la déséquilibration et la débilité mentales, les névroses hystériformes, le bégayement, l'aliénation caractérisée, le suicide, les obsessions, etc.; puis, microcéphalie, acrocéphalie, asymétrie crânienne et faciale, malformation de la voûte palatine, déformations auriculaires multiples, tic facial, menstruation tardive. — Je ne puis entrer dans la discussion de ces observations, dont tous les termes ont été critiqués par M. Magnan. Je renvoie le lecteur aux *Annales Médico-Psychologiques* (numéros de mars, mai et juillet 1888) et aux deux derniers numéros de l'*Encéphale*, où il trouvera le pour et le contre et tous les détails de l'attaque et de la défense, avec photographie à l'appui.

Un dernier point me reste à envisager dans cette longue et importante discussion. C'est l'expression elle-même. *Délire chronique.* Soutenue par MM. Magnan, Saury, Briand et Marandon de Montyel, elle a été violemment attaquée par les autres orateurs. Il faut convenir qu'elle ne satisfait point l'esprit, et qu'à la prendre au pied de la lettre, elle peut s'appliquer à bon nombre d'autres affections mentales. Si l'expression délire des persécutions employée depuis Lasègue est compromettante et ne vise qu'une période (la plus longue et la plus importante cependant) de la maladie, l'expression délire chronique, commode par son laconisme, est vraiment trop vague. Un des partisans du délire chronique, M. Garnier, en ferait du reste bon marché et lui préfère celle dont il est le parrain, *psychose systématique progressive.* Moins commode et plus longue littéralement, elle est bien supérieure à l'appellation délire chronique. M. Marandon de Montyel, y souscrit aussi volontiers.

Enfin, puisque l'accord n'a pu se faire sur cette question fort importante, en France surtout où le mot est tout, pourquoi ne pas adopter l'expression proposée par M. Ball de *Maladie de Lasègue?* Comme l'a dit M. Ball en termes éloquents et émus, c'est un juste hommage rendu au créateur de cette vésanie. L'expression a des précédents dans la science, et nous disons tous les jours, en nous faisant bien comprendre : Maladie de Bright, d'Addison, de Parkinson, de Basedow, etc. Enfin, c'est une expression d'attente qui ne compromet pas, qui ne préjuge rien. L'accord n'est pas fait et ne se fera peut-être pas de longtemps, sur la question du délire de persécution et du délire chronique. Il faut adopter l'expression, *Maladie de Lasègue,* jusqu'au jour où, une découverte importante, fournie peut-être par l'anatomie pathologique, nous donnera avec la clef du problème, l'expression idéale qui fera l'accord sur ces questions.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCOLOGIQUE

Du Délire chronique. *(Suite.)* (1)

Il déchire ses vêtements, et il détruit tout ce qui lui tombe sous la main. Il mange avec voracité, et cependant il maigrit; l'absence de sommeil entretient chez lui une irritabilité continuelle dans cette perturbation générale de toutes ses facultés intellectuelles et affectives, il nous semque le malade conserve encore quelques rares sympathies qui surgissent de temps à autre pour disparaître bien vite, il est vrai, mais qui cependant nous donnent l'espoir que tout n'est pas perdu pour lui.

Et bien, dans cet état extrême, la connaissance de la nature de sensations internes et de celles des illusions de son intelligence va nous expliquer les motifs de ses actes et fixer le genre du traitement. X... nous avoue qu'il sent dans tout son être comme un poison qui le consume. En effet, il a des borborygmes et des flatuosités, sa langue est mauvaise et son haleine fétide. Qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'il se croie empoisonné ? Il souffre aussi, d'une manière intermittente, de violentes palpitations de cœur ; sous l'influence de ce dernier phénomène, il y a chez lui des frayeurs qui vont parfois jusqu'à la syncope, et il s'écrie, pâle et tremblant : « A moi ! au secours !»

(1) Voir l'*Encéphale*, nº de juillet-août 1888, p. 440.

« Dans son sommeil, ou plutôt dans un état intermédiaire entre le sommeil et le réveil, et qui remplit ses nuits, il a des visions effrayantes, il éprouve des sensations indicibles qu'il interprète d'après les dispositions de son état intellectuel. Il lui semble qu'un feu intérieur le dévore et se communique à tout ce qui l'entoure, à son lit, à ses vêtements, il sent des flammes qui lui parcourent le corps. Cette sensation nouvelle détermine l'idée de sa damnation. Il se croit en enfer, etc. (p. 350). »

Enfin, après la succession de tant de délires variés, le malade, dit Morel, a fini par guérir, ce qui ne nous surprend nullement avec cette mobilité et cette multiplicité des phases délirantes.

Ai-je besoin d'ajouter que ce malade n'est pas plus le délirant persécuté de M. Falret qu'il n'est notre délirant chronique?

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, ayant commis des actes extravagants toute sa vie; c'est, dit Morel, un aliéné hypochondriaque porté au suicide, à l'homicide, aux excès vénériens et bachiques. Voici, du reste, le passage de l'observation relatif à ces dispositions maladives.

« Pour échapper à cette tendance qui l'entraînait au meurtre d'une manière irrésistible, Lemaître s'enfuyait du toit conjugal avec l'argent qu'il pouvait emporter; et parcourait alors les campagnes, entrait dans les cabarets et commettait des excès incroyables. Ce n'est que lorsqu'il avait épuisé ses dernières ressources qu'il revenait à la maison, hébété, abruti, honteux de lui-même, mais calme en apparence. Il reprenait son travail, promettait de ne plus recommencer, demandait pardon à sa femme et déplorait ses égarements. La crise était passée; mais après quelque temps de repos, les mêmes phénomènes se reproduisaient sous l'influence des mêmes causes, et les absences se prolongeaient toujours davantage. En effet, l'enquête a établi que, dans l'espace de deux années, ce malheureux n'a pas vécu six mois dans son domicile.

« Dans le cours de son procès, une personne très-respectable m'écrivait : « Nul ici ne se fait illusion sur l'état

« réel de Lemaître. C'est un débauché qui a réduit sa « femme à la dernière misère. Il s'enfuit de chez lui pour « se livrer aux égarements les plus honteux ; dans ses « absences, qui se prolongent de plus en plus, il ne quitte « pas les cabarets et les lieux de prostitution les plus « mal famés. » Nous voilà donc arrivés à la phase de l'existence maladive de cet hypochondriaque, où, après l'avoir vu sur le point de commettre un suicide ou un homicide, nous observons chez lui une dépravation génésique. Il a, de plus, des tendances irrésistibles à la boisson. Or, si toutes ces tendances maladives si injustement attribuées à la passion, à la débauche par un appréciateur qui n'est pas médecin, étaient autant d'entités pathologiques distinctes, dans quelle catégorie de prétendus monomanes faudrait-il donc classer cet aliéné?

« Mais nous n'avons pas épuisé la série des phénomènes maladifs, des actes insensés, dont l'existence de Lemaître nous offre le tableau (p. 423). »

Puis arrive une bouffée de délire ambitieux, il raconte qu'il est appelé à sauver l'État et qu'il doit devenir un des plus fermes soutiens de l'Empire.

Plus tard, il est traduit en cour d'assises pour avoir mis le feu à une meule de gerbes de blé afin de se faire rendre justice.

Ce malade a guéri de ce premier accès et a pu quitter l'asile ; mais après une rechute, il a été ramené à Quatre-Mares.

Pas plus que le précédent, ce malade ne rentre dans le délire de persécution de M. Falret, ni dans notre délire chronique.

Quoi qu'il en soit, la grande autorité de Morel a pesé certainement sur quelques-unes des opinions qui ont été présentées dans notre discussion.

Examinons maintenant le mémoire vraiment remarquable de Foville sur la folie avec prédominance du délire des grandeurs.

Nous trouvons dans ce consciencieux travail la contrepartie du délire de persécution de Lasègue. Foville s'approprie quelques-uns des hallucinés persécutés de Lasègue,

devenus des hallucinés ambitieux, et il les range dans une nouvelle espèce pathologique, la mégalomanie. Si Foville s'était contenté de comprendre les seuls persécutés devenus ambitieux, nous serions bien près de nous entendre ; mais la mégalomanie de Foville ne contient pas seulement les délirants chroniques (persécutés hallucinés à longue éclosion devenus plus tard ambitieux), cet auteur fait entrer aussi dans le cadre de la mégalomanie des sujets qui d'emblée ont des hallucinations et des idées ambitieuses, d'autres, qui ont des idées ambitieuses et pas d'hallucinations ; d'autres chez lesquels les délires des grandeurs et de persécution sont contemporains, et enfin des cas dans lesquels le délire des grandeurs se montre le premier et est suivi de délire de persécution. Si bien que nous nous trouvons encore en présence des mêmes difficultés, nous avons un groupe clinique, la mégalomanie, qui réunit des sujets très différents, non seulement au point de vue des caractères même du délire, mais aussi au point de vue du début et de l'évolution de la maladie. Foville étaye la mégalomanie sur douze observations ; dans les quatre premières, il s'agit manifestement d'héréditaires dégénérés.

Obs. 1. — Mégalomanie au début. Prédisposition héréditaire à la folie. Anomalies d'instincts et de sentiments. Délire partiel avec mélange d'idées de grandeur et d'idées de persécution, pas de trouble sensoriel.

Remarques. — M. R .., âgé de vingt-deux ans, fils naturel d'une mère morte aliénée, a offert dans ses antécédents les anomalies d'instincts et de sentiments, associées à quelques aptitudes intellectuelles très-développées, sur lesquelles M. Morel a insisté avec raison comme caractérisant les névropathiques héréditaires et prédisposés à la folie. L'événement a justifié les craintes que ces prédispositions devaient inspirer ; depuis quelques mois, M. R..., est affecté de délire partiel. Celui-ci a commencé par les conceptions, car nous n'avons trouvé chez lui aucune trace d'hallucinations ; il a eu, dès le début, le cachet ambitieux, car il a l'idée qu'il n'a qu'à poser sa candidature dans un département quelconque pour être tout de suite élu député,

il s'y joint aussi certaines idées de persécution. Nous pouvons donc considérer son état comme un début de mégalomanie; mais il faut reconnaître que les accidents ne font que commencer; qu'ils parcourront sans doute bien d'autres phases dans le cours d'une existence où il est fort à craindre que la folie n'occupe une large place, et qu'il serait, par conséquent, téméraire de porter dès aujourd'hui un diagnostic formel que l'avenir pourrait modifier. Aussi avons-nous voulu rapporter cette observation la première comme exemple de début probable d'une mégalomanie primitivement intellectuelle, et signaler ce qu'il peut y avoir encore de douteux dans cette observation (p. 350).

Il s'agit bien là, ainsi que le pense Foville, d'un héréditaire dégénéré.

Dans la seconde observation (mégalomanie au début, hallucinations engendrant directement le délire des grandeurs) le sujet est encore un héréditaire dégénéré. Dans ses remarques, Foville fait remarquer qu'il n'y a que des idées de grandeur et des hallucinations, que les idées de persécution font défaut, et il ajoute : *cela durera-t-il?* Cette interrogation prouve bien que Foville, confondant tous ces faits dans la même espèce pathologique, ne se rendait pas compte de la différence, suivant les cas, de l'évolution des idées délirantes.

Dans la troisième observation (mégalomanie). Délire des grandeurs primitif. Idées de persécution et hallucinations secondaires, le sujet est encore un héréditaire dégénéré. Il en est de même pour l'observation IV : Accès aigus de mégalomanie, hallucinations, idées de persécution et de grandeur simultanées.

L'observation V est un délire chronique : Mégalomanie. Délire partiel systématisé. Hallucinations. Idées de persécution. Délire de grandeur consécutif.

L'observation VI est la seule sur douze où l'on trouve du délire hypocondriaque qui, nous l'avons vu, devrait, d'après Morel, se montrer constamment; le sujet paraît être un héréditaire dégénéré. Les six autres observations paraissent un peu être écourtées, mais elles paraissent se rattacher pour la plupart au délire chronique. Cela suffit

pour nous donner une idée de ce groupement de faits qui, malgré le caractère symptomatique commun qu'ils puisent dans la mégalomanie, n'en constituent pas moins une mosaïque-clinique où l'on chercherait vainement une marche et un pronostic pouvant se rattacher à tous les cas.

Après avoir fait ressortir, dans les travaux de nos devanciers, les causes d'erreur qui pouvaient encore exercer leur influence, j'en viens à la communication de M. Falret.

Notre savant collègue indique tout d'abord en quelques mots l'évolution du délire de persécution tel qu'il le comprend. A une période d'incubation, que nous admettons comme lui, succède une deuxième période caractérisée par des hallucinations auditives et des idées systématisées de persécution, puis vient une troisième période avec des hallucinations de l'ouïe, du goût, de l'odorat, des troubles de la sensibilité générale et des idées stéréotypées de persécution, enfin survient le délire ambitieux.

Que notre excellent collègue nous permette de faire observer que les troubles de la sensibilité générale se montrent assez souvent dès le début de la deuxième période : avec les premières injures, tel malade se plaint de démangeaisons, qu'il attribue à de la vermine qu'on lui lance dans la rue, tel autre se dit tourmenté par des décharges électriques, etc. Quelquefois aussi, on observe de bonne heure des hallucinations du goût et de l'odorat. D'autre part, le délire stéréotypé est un phénomène habituellement très tardif, et, quand il se présente, des modifications beaucoup plus importantes se sont déjà produites : les idées ambitieuses et les erreurs de la personnalité. Aussi nous paraît-il plus simple de comprendre le délire de persécution dans la deuxième période et le délire ambitieux dans la troisième période; c'est à ce moment que les idées délirantes tendent à se stéréotyper; cette période précède la dernière étape, celle de déchéance intellectuelle ou de démence.

Quant au délire ambitieux, M. Falret ne partage nullement l'opinion des partisans du délire chronique. Ce délire

ambitieux s'observe à peine, dit notre savant contradicteur, dans le tiers des cas, et c'est un simple délire surajouté qui ne change rien au fond de la maladie.

Dans une discussion clinique, je ne puis assurément répondre que par les faits et je demande la permission d'invoquer les observations d'un adversaire qui n'est pas suspect de tendresse pour le délire chronique, M. Séglas qui, du reste, a choisi plusieurs de ses observations dans le service même de M. Falret.

Que voyons-nous chez ces sept malades ? Six ont du délire ambitieux, et, sur les six, quatre n'avaient, il y a deux, trois, quatre ans, au moment de leur entrée au bureau d'admission, que des hallucinations et du délire de persécution, et, pour ces quatre, il faut bien le remarquer, en disant délire chronique, nous comprenions implicitement le développement intérieur du délire ambitieux. Il est probable que si M. Falret se donne la peine de faire une nouvelle statistique, en ne comprenant que les vrais délires chroniques, le désaccord sur ce point cessera entre nous.

Quant au délire ambitieux, il ne peut rien changer au fond même de la maladie, comme le délire de persécution, il se développe le plus souvent sous l'influence d'une hallucination ; d'autres fois, au contraire, il est déduit logiquement, suivant le mécanisme indiqué par Foville, du délire de persécution ; mais quelquefois aussi il se développe brutalement en quelque sorte, sans nul raisonnement de la part du malade, il semble que le terrain soit devenu propice à l'éclosion des idées ambitieuses ; le patient, comme l'a fait remarquer M. Christian, subit son délire et le subit passivement.

Le délire ambitieux ne change pas assurément la nature de la maladie ; le délire de persécution persiste, mais les idées ambitieuses tendent peu à peu à devenir prédominantes et donnent au sujet non seulement une personnalité nouvelle, mais aussi une physionomie toute différente de celle du début. Dans quelques cas d'hallucinations bilatérales à caractère différent suivant le côté affecté, les hallucinations d'abord très nombreuses dans l'oreille, que nous pourrions appeler persécutée, tendent à diminuer à

mesure que se développent les hallucinations dans l'oreille ambitieuse.

Cette période fait donc corps avec le délire chronique, au même titre que la suppuration dans l'éruption variolique.

M. Falret ne veut pas de la période de démence et cependant, s'il est vrai que certains délirants chroniques soient encore, au bout de vingt ou trente ans, capables de causer raisonnablement sur beaucoup de sujets étrangers à leur délire, il en est d'autres chez lesquels le niveau mental a notablement baissé, leur activité cérébrale se borne à ressasser quelques conceptions délirantes stéréotypées. De temps à autre leur esprit se réveille sous l'influence d'hallucinations, d'images tonales qui continuent à s'échapper presque automatiquement du centre cortical. Ils se montrent indifférents à ce qui les entoure; on les voit adoptant parfois des aptitudes spéciales, se tenant à l'écart, tantôt immobiles, d'autres fois parlant seuls à voix basse, faisant tout à coup certains gestes toujours les mêmes en rapport avec des conceptions délirantes qui ne changent pas non plus. Si vous les interrogez, ils ne répondent pas d'abord, puis, si l'on insiste, ils regardent comme étonnés et ne donnent souvent que des réponses incomplètes. C'est bien là une déchéance réelle de l'intelligence que nous désignons du nom de démence, ce terme s'adressant d'une manière générale, aux états intellectuels en voie de déclin.

Enfin, M. Falret craint que le délire chronique ne comprenne des faits plus nombreux et plus complexes que ceux que l'on admet dans le cadre du délire de persécution. Il peut se rassurer sous ce rapport, car le délire chronique tel que nous le comprenons laisse en dehors de lui des faits qu'embrasse, au contraire, le délire des persécutions beaucoup moins limité et beaucoup plus compréhensifs.

Enfin, faut-il conserver le nom de délire de persécution sous lequel Lasègue comprend cette immense classe de délirants persécutés? Dans ce cas, pourquoi ne l'appellerions-nous pas *Mégalomanie* avec Foville, puisque, du moins, nous aurions sous ce vocable les trois périodes :

incubation, persécution, ambition? Mais M. Falret me répondrait sans doute, qu'à côté des persécutés mégalomanes, Foville a rangé des mégalomanes d'emblée et d'autres mégalomanes très différents; c'est bien aussi mon avis et c'est pour cela que je crois devoir désigner ce groupe bien limité de malades sous le nom de délire chronique à évolution systématique.

Ce que j'ai dit des travaux de Lasègue, de Morel, de Foville, ma réponse à M. Falret et les objections présentées par MM. Garnier, Briand et Doutrebente à MM. Dagonet et Christian, ne me permettraient d'argumenter les savantes communications de mes deux collègues qu'en reproduisant des opinions déjà émises; j'insisterai d'autant moins que MM. Dagonet et Christian sont l'un et l'autre d'excellents cliniciens, qu'ils ont l'un et l'autre un magnifique service, et qu'ils pourront aisément contrôler de nouveau les assertions émises sur le délire chronique.

Un mot seulement sur la communication de M. Ball; notre honorable collègue a rapporté deux observations intéressantes de délire ambitieux systématisé chez des dégénérés; dans l'une d'elles, notamment, le délire ambitieux remonte à l'âge de huit ans. Ces faits prouvent une fois de plus combien il était nécessaire de tracer nettement les limites du délire chronique pour ne pas confondre avec lui des cas de ce genre, très différents aussi bien par les caractères spéciaux du délire que par leur origine et leur évolution.

Quant à M. Charpentier, il a fait une étude sémeiologique fort étendue des idées morbides de persécution qu'il a classées en neuf groupes, mais le dernier groupe seulement, « persécutés qui aboutissent à la mégalomanie, » se rattache à notre discussion. Les principales objections de M. Charpentier, rappelant celles qui ont déjà été présentées, ne réclament pas de nouveaux arguments de ma part; aussi je demande la permission de passer à la communication de M. Cotard.

L'argumentation de M. Cotard repose principalement sur une nouvelle manière d'envisager l'origine du délire.

Suivant notre érudit contradicteur, le délire ambitieux, par exemple, est tout autre, selon qu'il repose sur des lésions psycho-motrices, lésions de la volonté, ou sur des lésions psycho-sensorielles, lésions de la sensibilité.

Analysant le délire ambitieux du paralytique général, du circulaire, il pense qu'en dehors des caractères généraux signalés par M. Falret, ce que ce délire ambitieux a de spécial, il le doit à son origine psycho-motrice et à l'idée prédominante de toute puissance.

Il rappelle l'acte absurde du paralytique qui, s'imaginant avoir des ailes, se jette bravement par la fenêtre. L'absurde, dit-il, ne l'arrête pas, il est tout puissant.

Je demande à M. Cotard la permission de faire observer que l'idée de puissance ne suffirait pas à elle seule pour expliquer un tel acte, car l'aliéné circulaire qui est, lui aussi, tout puissant, ne se jette pas par la fenêtre pour prendre son vol.

D'autre part, au contraire, le paralytique est coutumier du fait; il est absurde dans tous ses actes. S'il veut se tuer, il le fait à sa manière : une femme paralytique qui entendait des injures (délire à origine psycho-sensorielle) raconte qu'on l'embête et qu'elle veut en finir avec la vie. Elle allume un réchaud de charbon dans sa chambre, mais comme la fumée enveloppe les rideaux, elle se lève, va ouvrir la fenêtre et se remet au lit, attendant l'asphyxie qui ne vient pas. Voilà donc un acte tout aussi naïf, tout aussi absurde que celui du paralytique tombé par la fenêtre.

Peu importe, il me semble, l'origine motrice ou sensorielle de ces conceptions délirantes; car ce qui rapproche ces deux actes de paralytiques c'est, avant tout, l'état mental, c'est le fond de démence sur lequel reposent toutes leurs conceptions.

Pour M. Cotard, l'origine psycho-sensorielle donnerait au délirant persécuté son caractère particulier. Assurément, il ne faut rien négliger dans l'étude pathogénique du délire ; mais, pour les cliniciens, il y a d'autres éléments qui sont des guides plus sûrs, un exemple va vous faire comprendre :

« Si nous examinons, dit M. Cotard, un autre malade, et

que celui-ci, dans le courant de la conversation, nous avoue confidentiellement qu'il est l'héritier des Bourbons, et qu'il est appelé à monter sur le trône de France, il est probable, si nous l'interrogeons adroitement, qu'il ne tardera pas à ajouter que ses ennemis le maintiennent dans une maison de santé où ils lui font subir mille tortures. »

Notre cher Président semble croire que ce délire ambitieux systématisé avec les idées de persécution suffirait à poser un diagnostic. Ce serait là une erreur, car cet héritier des Bourbons, persécuté, pourrait être tout aussi bien un délirant chronique qu'un mégalomane dégénéré, distinction fort importante pour le clinicien, puisque le premier, nous le savons, est incurable, tandis que le second peut guérir.

Par conséquent, le contenu même du délire, la formule, pour me servir de l'expression de M. Cotard, ne suffit pas au diagnostic, il faut aussi s'enquérir de la marche et de la succession des idées délirantes. Cet aliéné ne sera délirant chronique que tout autant qu'il ne sera devenu l'héritier des Bourbons, qu'après une période d'incubation et d'interprétations délirantes suivie elle-même d'une longue étape de persécution.

Si, au contraire, c'est un héritier des Bourbons de fraîche date, s'il est devenu ambitieux et persécuté en même temps, ou bien si les idées de persécution se sont développées longtemps après un délire ambitieux systématisé, il s'agit d'un dégénéré dont les antécédents fournissent habituellement d'autres troubles nerveux. Le pronostic devient dans ce cas beaucoup moins sombre.

Ce sont donc des malades tout différents, et je dirai volontiers comme M. Cotard, il n'y a pas une mégalomanie, *un* délire des grandeurs et, nous pourrions ajouter, *un* délire de persécution; mais la clinique nous enseigne, et c'est par là que je termine, qu'il y a bien réellement un délire chronique à évolution sytématique.

M. Cristian. — Messieurs, il ne serait pas possible de discuter au pied levé le remarquable discours que vient de prononcer M. Magnan. Je voudrais cependant présenter quelques courtes observations, afin de rappeler et de pré-

ciser quel est l'objet du débat, et sur quoi portent nos divergences. Il y a un certain nombre de points sur lesquels nous sommes tous d'accord. Nous reconnaissons volontiers que les *idées de persécution* sont un symptôme banal que l'on rencontre chez une foule d'aliénés, les alcooliques, les héréditaires, les vieillards en démence, les hystériques, etc., et il ne nous suffit pas de constater leur existence pour porter le diagnostic de *délire de persécution*. Nous reconnaissons également que chez un certain nombre d'aliénés la maladie évolue, comme M. Magnan l'indique, pour son délire chronique à évolution systématique. Mais nous ne saurions admettre que ce soit la règle, et que le délire de persécution de Lasègue doit être englobé dans le délire chronique.

Nous croyons, ou du moins je crois, que le délire de persécution, tel que le décrit Lasègue, doit subsister comme maladie distincte, qu'il a des symptômes caractéristiques, dont tous les observateurs ont reconnu l'exactitude. Je pense notamment, et je regrette que ce point n'ait été qu'effleuré dans la discussion, qu'entre le délire de persécution et la lypémanie, quelque forme qu'elle revête, anxieuse, hypochondriaque, religieuse, etc., il y a une différence fondamentale absolue. Le persécuté tire tout son délire du dehors : jamais il ne s'accuse d'un méfait, d'une indignité quelconque. On le poursuit, on le malmène, on le tourmente; mais sans qu'il sache pourquoi, car il n'a jamais rien fait de mal. Tout au contraire le lypémaniaque s'accuse, se déclare coupable : il n'est pas de crimes, pas d'indignités qu'il n'ait commis; c'est de lui, et de lui seul que vient le mal : tout son délire s'alimente dans son for intérieur. Il y a là, je crois, la distinction capitale à faire entre le persécuté et le lypémaniaque.

Mais, dans le débat actuel, il s'agit d'autre chose; il s'agit, je le répète, de savoir si le délire de persécution doit être englobé dans le délire chronique, si, au lieu d'être une maladie distincte, il n'est plus qu'une phase, qu'une période de ce que l'on nous donne sous le nom de délire chronique, si après la période de persécution, vient fatalement celle de mégalomanie, puis celle de démence.

Or, malgré tout le talent de nos contradicteurs, je dois dire qu'ils ne m'ont pas convaincu. Non seulement tous les persécutés ne deviennent pas mégalomaniaques, mais je persiste à dire que la démence n'est qu'exceptionnellement et accidentellement la terminaison de la maladie.

M. Ritti. — Étant donnée une série de malades atteints du délire de persécution, à quels signes M. Magnan reconnaîtra-t-il que tel ou tel passera à la période des idées de grandeur ?

M. Magnan répond que c'est à l'évolution du délire. Dans les cas difficiles, en effet, c'est la marche de la maladie qui permet de distinguer les délirants chroniques de certains dégénérés à délire systématisé.

M. Ritti. — Mais tous les malades qui ont parcouru les deux premières phases du délire chronique arrivent-ils nécessairement à la phase des idées de grandeur ?

M. Magnan. — C'est là la marche habituelle ; mais en clinique, M. Ritti le sait bien, il n'y a rien d'absolu. Du reste, les faits opposés par les adversaires mêmes du délire chronique, prouvent qu'au délire de persécutio succède, en général, le délire ambitieux ; pour ma par c'est ce que j'ai déjà observé jusqu'ici et quelques fait exceptionnels, s'il en existait, ne sauraient infirmer règle.

M. Falret fait observer qu'il a depuis longtemps atti l'attention de la Société sur les aliénés persécuteurs q ont tous les caractères des héréditaires, mais qui ne pr sentent ni hallucinations de l'ouïe ni idées de grandeur. sont ces malades qui ont fait l'objet de la thèse de s élève, M. Pottier.

M. Magnan. — La folie héréditaire n'implique pas se lement le fait d'avoir des ascendants aliénés, mais enco de présenter des caractères de dégénérescence.

M. Christian. — Je reprends la question qu'a pos tout à l'heure M. Ritti, et je dirai à M. Magnan. Voilà aliéné, par éliminations successives, nous sommes arri à poser le diagnostic de délire de persécution. Y a-t-il signes, et quels sont-ils, qui me permettent de dire oui ou non, ce délire évoluera sous la forme du dé

chronique? Si le délire chronique évolue avec la régularité systématique qui lui est attribuée, ces signes doivent exister, et du moment où nous les connaîtrons, nous pourrons vérifier leur existence et toute discussion cessera.

M. COTARD. — M. Magnan admet-il la possibilité des idées de damnation chez les délirants chroniques? Ces idées sont-elles ou non exclusives du délire chronique ?

M. MAGNAN. — Des idées mystiques peuvent se montrer chez le délirant chronique, mais ces idées, assez communes autrefois, sont très rares de nos jours, et, comme j'ai eu l'occasion de l'indiquer, dépendent surtout de l'influence de l'évacuation et du milieu social.

M. PAUL GARNIER. — Le délirant chronique, à la période des idées de persécution, se caractérise par la longueur de l'incubation du délire, par la persistance prolongée des hallucinations de l'ouïe, par la coordination différente de son délire.

Séance du 28 mai.

M. J. SÉGLAS. — Messieurs, ce n'est pas sans surprise que j'ai lu dans le dernier numéro des *Annales médico-psychologiques*, une note additionnelle de M. Magnan, dans laquelle il critique vivement deux photographies que j'avais eu l'honneur de vous soumettre. Ces photographies n'ayant pas été publiées, je me crois d'autant plus en droit de répondre à la note personnelle de M. Magnan, que le lecteur pourrait penser qu'elle exprime l'opinion générale de la Société, tandis qu'au contraire, si j'ai bon souvenir de quelques interpellations qui se sont produites à ce propos, l'opinion de la plupart de nos collègues était d'accord avec la mienne.

Ces deux photographies devaient venir à l'appui du fait que j'avais énoncé à savoir qu'une malade dont je donnais l'observation avait « le front fuyant, le vertex relevé, produisant un certain degré d'acrocéphalie ». — Or, ce qui me paraissait visible sur la photographie de profil, n'est pour M. Magnan que « le résultat d'un artifice, la tête étant for-

tement fléchie, l'occiput très relevé, si bien que l'axe antéro-postérieur se trouve presque vertical. Dans cette position forcée d'une tête dolychocéphale à front fuyant, toute la région postérieure devient saillante ».

D'abord, cette position *légèrement penchée* de la tête n'est pas le résultat d'un artifice ; et elle est assez naturelle chez une malade en proie à un délire de caractère mélancolique; on la retrouve, bien que moins apparente, à cause de la pose de 3/4, dans l'autre photographie, où, dit M. Magnan, la tête est laissée libre, dans sa position naturelle. On peut, d'ailleurs, essayer de déterminer le degré d'inclinaison de la tête. En effet, dans la photographie incriminée, comme dans l'autre, d'ailleurs, et que je soumets de nouveau à votre examen, vous pouvez voir, Messieurs, que le diamètre antéro-postérieur qui va de la racine du nez à la protubérance occipitale externe, se trouve sur un plan sensiblement *horizontal*. Or, d'après les tableaux donnés par M. Topinard, ce plan forme, au-dessous du plan horizontal de Broda, un angle de 15°88 en moyenne. Tel serait donc, à peu de chose près, le degré d'inclinaison de la tête de ma malade : il y a dans l'attitude de ma photographie et ce que dit M. Magnan, qui prétend que l'axe antéro-postérieur se trouve presque vertical, toute la différence qui sépare un angle aigu de 15°88, de l'angle droit de 90°, et l'expression presque vertical, très élastique d'ailleurs, peut se traduire ici par vertical, à 75° près.

D'ailleurs, je ne comprends pas comment l'inclinaison, en la supposant aussi exagérée que possible, pourrait faire que « la région postérieure devienne saillante ». Car cette inclinaison, quelle qu'elle soit, ne change rien aux rapports respectifs des différents diamètres.

Or, que nous donnent ces rapports ?

D'après M. Magnan, la simple inspection lui dénoterait une tête dolychocéphale ? L'examen même des premières photographies, ainsi que d'une nouvelle où la tête est laissée libre, me semble au contraire prouver qu'il n'y a pas là la moindre dolychocéphalie ; mais rien n'est d'ailleurs plus facile de s'en assurer, en calculant l'indice céphalie.

Le diamètre antéro-postérieur maximum est 168. Le diamètre transverse maximum oscille entre 132. Mais je prendrai le premier chiffre, d'autant plus qu'il m'est favorable. En appliquant à ces diamètres la formule de Broca, nous avons :

$$L.\ C = \frac{D\ T\ max. \times 100}{D\ A\ P\ max.} = \frac{132 \times 100}{168} = 78{,}57.$$

Or, d'après la classification de Broca, la malade ne serait pas dolychocéphale, pas même une sous-dolychocéphale, mais son indice la classerait parmi les mesacéphales dont l'indice céphalique va de 77,78 à 80.

M. Magnan veut-il se rapporter à d'autres classifications, le résultat lui sera encore plus défavorable. D'après celles de Huxley, de Thurman, de Welcker, ma malade aurait un indice céphalique de sous-brachycéphale.

D'après des classifications plus nouvelles, en particulier celles de Ranke, de Kollmann, de Virchow, de Flower, de Calori, etc., l'indice céphalique nous donnerait, dans le cas actuel, une mésocéphale. Enfin, en se reportant à la classification la plus récente, celle de M. Topinard, qui adopte comme médiane 77 (l'indice maximum de la dolychocéphalie n'atteignant que 74) notre malade rentrerait dans le groupe des sus-mésaticéphales (78 et 79), voisin de celui de la branchycéphalie, dont l'indice commence à 80.

Nous n'avons donc pas affaire à une dolychocéphale. Cependant, la critique même de M. Magnan implique qu'il y a un diamètre crânien plus développé. Mais dans quel sens? Ce n'est pas en largeur, nous aurions une brachycéphale; ce n'est pas en longueur, puisque l'indice céphalique n'est pas celui d'une dolychocéphale, alors ce serait donc en hauteur; et nous aurions là le *certain* degré d'acrocéphalie que j'ai signalé, adoptant pour ma part la distinction établie par certains anthropologistes entre les acrocéphales, têtes à front fuyant, élevées en arrière. C'est ainsi que j'ai d'ailleurs défini ce que j'ai observé chez ma malade, et les oxycéphales, têtes à front plus ou moins droit et élevées dans la région bergmatique.

M. B. Ball. — Messieurs, avant d'aborder le sujet de la discussion, je dois avant tout m'excuser d'être d'être remonté de nouveau à la tribune, au risque de prolonger vos débats.

Mais si j'ai demandé la parole pour la seconde fois sur la question qui nous occupe depuis si longtemps, c'est que le discours de M. Magnan me semble avoir transporté sur un point différent le terrain du combat.

Au début, je me voyais en présence d'une armée enva-

hissante, qui s'emparait du territoire tout entier, pour faire disparaître du cadre nosologique le délire des persécutions, pour lui substituer le délire chronique, et pour effacer de son histoire le nom de Lasègue; mais aujourd'hui nos adversaires, renonçant à l'occupation complète, se contentent de garder une seule province, dans laquelle ils entendent se cantonner.

Il faut, nous dit-on, faire une place à part au délire chronique. Nous allons voir bientôt si cette prétention est justifiée; mais avant d'aller plus loin, qu'il me soit permis de remercier très sincèrement M. Magnan d'avoir rendu un hommage légitime aux grands maîtres qui nous ont précédés; à Lasègue, à Morel, à Falret, à Foville, sans parler des contemporains, dont les droits sont incontestables. Bien que M. Magnan ne les ait guère cités que pour les critiquer, le seul fait d'avoir prononcé leurs noms est un hommage rendu au grand principe que j'ai toujours soutenu, je veux parler du respect des ancêtres, qu'on avait trop oublié dans quelques travaux récents.

S'il m'était permis maintenant d'adresser modestement une légère critique à nos honorables contradicteurs, je leur reprocherais d'argumenter en *théologiens*. Voici quel est, en effet, leur procédé! Ils commencent par définir un dogme, et le dogme une fois défini, ils en cherchent les preuves. Toute observation favorable à leur doctrine est accueillie avec un empressement légitime et naturel; toute observation contraire est condamnée d'avance comme une hérésie, ou plutôt, pour employer le style médical, comme une « *erreur de diagnostic*. » Avec de tels procédés, on crée facilement une sorte d'orthodoxie locale sous le poids de laquelle on écrase les dissidents, mais on ne parvient pas à opérer des conversions sincères parmi ceux qui ont, comme moi, la conviction d'avoir soigneusement étudié leurs malades et d'avoir formulé les conclusions légitimes qui découlent des faits.

Mais je ne veux point soulever une discussion à propos de cas individuels; je veux porter le débat sur un terrain plus élevé, sur le terrain de la pathologie générale, dont les aliénistes, comme les autres médecins, doivent reconnaître la prépondérance.

Par quels moyens parvient-on à différencier les maladies, à les distinguer les unes des autres, à en tracer les carac-

tères, à en préciser les limites? On s'adresse d'abord aux lésions anatomiques, quand il en existe; et c'est le malheur de la médecine mentale de manquer le plus souvent de cette base d'opérations ; on s'adresse ensuite aux symptômes, et mieux encore aux causes de la maladie, quand il est possible de les connaître.

Or, ce n'est sur aucune de ces données qu'on s'appuie aujourd'hui pour constituer le délire chronique; on nous signale uniquement l'évolution de certains troubles intellectuels, évolution qui distinguerait, dit-on, les délirants chroniques des autres persécutés.

C'est s'appuyer sur une base bien fragile que de prendre la marche et les terminaisons d'une maladie pour en déterminer les caractères, pour en tracer les limites, et surtout pour créer des espèces nouvelles. Si l'on acceptait un tef système, avec toutes ses conséquences, il faudrait admettre qu'il existe deux espèces de fièvre typhoïde, dont l'une se terminerait par la guérison et l'autre par la mort; deux espèces de syphilis dont l'une céderait au traitement spécifique, tandis que l'autre suivrait impitoyablement sa marche.

Lorsqu'on décrit les trois stades successifs d'un accès de fièvre intermittente, qui se suivent et s'enchaînent dans un ordre si régul er, on fait de la symptomatologie, on décrit les phénomènes caractéristiques d'une maladie, dont la cause est d'ailleurs connue; tantôt l'infection paludéenne, tantôt des lésions uréthrales, tantôt, enfin, des affections d'ordre divers.

Lorsqu'on décrit la folie circulaire, avec ses alternatives d'excitation et de dépression se succédant à des intervalles rythmés, on décrit les oscillations d'un pendule, qui revient régulièrement à son point de départ. C'est encore ici par les symptômes qu'on définit la maladie.

En est-il de même par rapport au soi-disant délire chronique? On nous parle d'une évolution, composée de quatre périodes, dont la durée reste absolument indéfinie, et dont la succession dans beaucoup de cas manque absolument. Nous savons, de science certaine, que beaucoup d'ambitieux n'ont jamais été persécutés, et que beaucoup de persécutés ne deviendront jamais ambitieux; et lorsqu'on vient nous dire que cette évolution, quelquefois si rapide, est d'autres fois tellement lente, qu'il faut toute la vie d'un médecin pour la constater, et encore à la condition que l'observateur soit au nombre de ceux qui ne sont pas destinés à mourir

jeunes, on nous montre l'instabilité du terrain qu'on a choisi pour porter un poids aussi lourd.

Prétendre édifier la conception d'une maladie nouvelle sur de pareilles bases est absolument inadmissible; mais ce qui est surtout inadmissible, c'est la dénomination même de *délire chronique*, qui vise le caractère banal d'une longue durée, tandis que d'après ses défenseurs eux-mêmes, l'évolution serait le principal caractère de cette maladie.

Je demande donc la permission de formuler les conclusions suivantes, qui sont l'expression d'une pensée qui n'a jamais varié :

1° Le délire des persécutions a été créé par Lasègue, dont le nom doit rester attaché à cette vésanie;

2° Il n'y a pas lieu de créer dans le cadre du délire des persécutions, une place à part pour les persécutés ambitieux sous le nom de délirants chroniques;

3° Enfin, l'on doit bannir du vocabulaire scientifique et médical le mot de *délire chronique*, qui ne répond à rien, pas même à la pensée de ses inventeurs.

M. Pichon croit que les divergences entre les partisans et les adversaires du délire chronique sont plus apparentes que réelles. Faisant appel à la statistique de son service, il reconnaît que, dans un certain nombre de cas, les idées de persécutions se sont transformées en idées ambitieuses, mais il n'y a pas de règles à cet égard.

M. Ball. — Permettez-moi d'exprimer, par une formule, ma manière de voir en ce qui concerne cette transformation : « Ni jamais, ni toujours. »

M. Falret. — Le délire ambitieux corrélatif au délire des persécutions, apparaît de trois façons différentes : soit par raisonnement syllogistique, soit brusquement sans raison apparente, soit, enfin, à la suite d'une hallucination de l'ouïe. Mais il arrive aussi, comme on l'a dit dans la discussion, que certains persécutés ont un délire ambitieux, qu'ils dissimulent ou plutôt qu'ils n'osent pas avouer et dont on ne s'aperçoit qu'à la longue malgré leur fréquentation quotidienne.

M. Garnier est d'autant mieux de l'avis de M. Falret.

qu'il a indiqué dans sa thèse ces divers modes de transformation.

M. BRIAND rappelle l'observation d'un persécuté qu'il a suivi, et qui, brusquement, s'est donné pour Napoléon, à la suite d'une hallucination qui l'avait salué de ce nom, et qui fut pour lui une véritable révélation.

M. COTARD croit surtout à l'influence de l'hallucination dans le développement de l'idée ambitieuse, car souvent le malade lutte contre cette idée ambitieuse, et repousse tout d'abord les titres nobiliaires que lui attribuent des voix.

Séance du 25 juin.

M. MARANDON DE MONTYEL. — Les grands cliniciens qui se sont succédé à cette tribune ont émis des opinions si contradictoires, qu'il est du devoir de chacun de contribuer pour sa part, si faible qu'elle soit, à la recherche de la vérité clinique; ensuite, ils ont négligé peut-être un peu trop deux points, à mon avis, d'une certaine importance; je veux parler du caractère habituel de ceux qui, plus tard, deviennent des délirants chroniques, et de l'intervention de ce caractère, aussi dans la genèse que dans l'évolution du mal; je veux parler aussi de la dissimulation profonde de ces malades, cause de beaucoup d'erreurs.

Tout d'abord, un point essentiel est acquis. Tous, ou presque tous les orateurs, ont reconnu avoir observé un nombre plus ou moins considérable d'aliénés ayant parcouru les quatre périodes décrites par M. Garnier.

Ces malades sont d'abord inquiets, soupçonneux, ensuite hallucinés et persécutés; puis ambitieux, enfin, après un temps toujours long, entraînés vers la démence, une démence particulière, caractérisée, moins par la perte de la mémoire que par une faiblesse du jugement et un défaut d'association dans les idées.

De toutes les objections opposées à la synthèse de M. Magnan, la plus sérieuse est celle formulée dans la dernière séance par M. Ball. L'éminent professeur l'a condamné au nom de la pathologie générale. Mais la synthèse dite délire

chonique, n'est pas basée sur la seule évolution, mais au contraire sur l'apparition successive de symptômes différents, constitutifs d'un ensemble spécial et typique ; de sorte que cette synthèse ne viole pas plus les lois de la pathologie générale que la folie circulaire acceptée de tous.

M. Ball a objecté en outre que les périodes du délire chronique étaient trop longues pour justifier l'espèce proposée. Mais dans la pathologie ordinaire du système nerveux, on trouve un terme de comparaison : l'ataxie locomotrice. L'anatomie pathologique n'a-t-elle pas donné raison aux cliniciens illustres qui, sans certitude anatomique, synthétisent ces symptômes qui se déroulaient successivement en quinze ou vingt ans, avaient fondé cette entité morbide?

Les autres objections se résument en quatre : délire des grandeurs sans précédent de persécution; délire des persécutions n'aboutissant jamais à la mélagomanie; délire des persécutions arrivant par contre à la démence sans conceptions délirantes des grandeurs; enfin, obscurité de la genèse de celle-ci dans le cas où elles se montrent.

Certes, aucun partisan du délire chronique n'a eu l'ambition d'englober dans la synthèse tous les aliénés névrosiques qui ont des idées de grandeur ou de persécution, voire même les unes et les autres à la fois. Cependant, en lisant les diverses observations qui ont été citées au cours de la discussion, pas une ne m'a montré que le délire systématisé de grandeurs, je ne dis pas les simples conceptions de grandeurs, se rencontraient sans antécédents de persécutions. Encore faudrait-il se demander si tel délirant chronique n'a pas, pour une cause ou pour une autre, dissimulé partie ou totalité de son délire, de sorte qu'observé à telles ou telles époques, il semble avoir été ambitieux avant d'être persécuté.

Et maintenant, y a-t-il des persécutés qui, vivant pendant vingt et trente ans, n'ont jamais de conceptions de grandeurs ou de transformation de la personnalité? Oui, j'en ai connu ; mais je m'empresse d'ajouter que j'en ai vu fort peu. D'ailleurs, on peut admettre que sous l'influence du régime et du traitement, la maladie a été arrêtée à l'une de ses périodes, comme l'ataxie traitée par les eaux de Lamalou.

En outre, on n'a pas assez insisté dans cette discussion

sur la dissimulation des aliénés. J'en ai connu plusieurs qui cachaient parfaitement leurs idées de grandeurs, et plusieurs aliénistes ont cité des cas analogues. Je ne crois donc pas paradoxal de se demander si les quelques rares faits de délire chronique, vieux de quinze ou vingt ans, sans mégalomanie, n'out pas leur explication dans cette dissimulation.

La troisième objection est la plus importante. Le délire des persécutions aboutissant à la démence sans traverser les phases des grandeurs serait le meilleur des arguments directs contre notre opinion, mais je remarque que personne ici n'en a rapporté des observations personnelles, qu'aucun des adversaires du délire chronique n'est venu traiter avec détails et faits à l'appui, cette particularité clinique si grosse d'importance. Il en résulte que rien, à ma connaissance du moins, n'établit avec certitude le passage du délire systématisé à la démence sans phase mégalomaniaque.

Je vais maintenant examiner la genèse des conceptions mégalomaniaques dans le délire chronique, et marquer la part capitale prise par le caractère antérieur du sujet dans l'éclosion et l'évolution de la maladie.

Il est admis, en pathologie générale, que la maladie, dépourvue de toute puissance créatrice, enraye, exagère ou perturbe simplement les actes physiologiques. Les maladies mentales, manifestations de lésions cérébrales, n'échappent pas à cette loi générale. Si donc il est faux qu'à l'état normal, et j'en suis convaincu, une idée éclate soudain dans l'esprit sans être le produit de toute une longue incubation antérieure, de toute une longue suite d'autres idées, il est faux que dans le délire chronique les conceptions délirantes de grandeurs puissent apparaître brusquement.

En psychologie, on reconnaît que l'idée n'est pas un mobile d'action, les deux seuls étant la sensation et l'inactivité. La conception délirante n'est donc jamais l'expression exclusive du raisonnement; elle est, en dernière analyse, le jugement de l'esprit sur un état anormal. L'aliéné qui se dit inspiré, s'est senti d'abord inspiré, puis a jugé qu'il l'était. De sorte que tout délirant chronique, hanté ou non d'hallucinations ambitieuses, du moment qu'il a des conceptions délirantes de grandeurs, a dû, de toute nécessité, à un moment donné de l'évolution de son délire, avoir un trouble mégalomaniaque qui a engendré ces secondes conceptions, comme le trouble dépressif du début avait engendré les premières.

Pourquoi ce trouble prend-il naissance? Sans nul doute, vous avez été souvent frappés des rapports étroits qui existaient entre le délire des malades dont nous nous occupons, et leur caractère avant la maladie, rapports si étroits que le premier n'est pour ainsi dire que l'exagération du second; car si, à sa période d'apogée, celui-ci se résume en ces deux termes ; délire des persécutions et délire des grandeurs, celui-ci se résume en ces deux mots : méfiance et orgueil.

Il serait faux de croire que la méfiance seule du caractère est la génératrice des conceptions délirantes de grandeurs ; la vérité est, si je puis ainsi dire, qu'ils se fécondent l'un l'autre. Pour se croire persécuté, il faut sans doute être méfiant, mais en plus orgueilleux. Je résumerai ma pensée en disant que des caractères antérieurs, beaucoup de méfiance et un peu d'orgueil sont au fond de la seconde période, tandis que beaucoup d'orgueil et un peu de méfiance sont au fond de la troisième.

Pour expliquer comment le délire des persécutions ouvre oujours la scène morbide, et jamais le délire des grandeurs, l suffit de remarquer avec Guislain que toutes les maladies mentales débutent par de la dépression.

Ainsi la synthèse dite délire chronique, à mon avis, non seulement répond à la réalité des faits cliniques, mais est conforme à toutes les grandes lois de la psychologie normale et de la psychologie morbide.

Ayant établi cette synthèse, M. Magnan l'a dénommée. Mais le terme de délire chronique sous lequel il l'a désignée est mauvais. Je préférerais la dénomination de M. Garnier : psychose systématique progressive, ou, pour abréger, psychose systématique.

M. B. Ball. — La communication de M. Marandon de Montyel nous laisse dans l'embarras pour savoir ce qu'il faut le plus y louer, de l'élégance du style, de l'abondance de l'érudition ou de la flexibilité de la logique. Un pareil discours semblerait appeler une réplique, je n'y répondrai certainement pas, d'abord parce que je suis convaincu que pour avoir raison il n'est pas nécessaire d'avoir parlé le dernier, et ensuite parce qu'il est grandement temps de clore ces débats qui ont duré déjà plus d'une année. Nous y avons trouvé l'avantage de connaître l'opinion de tous les aliénistes les plus autorisés de Paris; nous avons vu défiler

une longue série de faits et nous nous trouvons maintenant en présence de deux quantités irréductibles, car les partisans du soi-disant délire chronique ne se laisseront pas convaincre par ses adversaires, et par contre, les adversaires de cette hypothèse ne se laisseront jamais convaincre par ses partisans. Dans cet état de chose, ne vaut-il pas mieux laisser la parole aux faits et attendre des observations nouvelles, et surtout une bonne statistique d'un jour nouveau, et porter la conviction dans les esprits. Je propose donc de clore ici la discussion et d'aborder un sujet nouveau. La classification des maladies mentales est depuis longtemps à l'étude, et la Société a nommé une Commission dont le rapporteur a sans doute une communication à nous faire, sur laquelle une nouvelle discussion pourra s'engager.

A la suite d'un échange d'observations, la Société décide que la discussion sur le délire chronique peut être maintenant close, — sauf à être reprise plus tard, — la plupart des membres ayant pris position dans le débat et toutes les opinions ayant eu l'occasion de se manifester.

XIIIe RÉUNION

DES

NEUROLOGISTES ET MÉDECINS ALIÉNISTES

DU SUD-OUEST DE L'ALLEMAGNE

Tenue à Fribourg les 9 et 10 juin 1888.

Séance du 9 juin. — Présidence de M. Erb.

Des lésions de la rétine dans l'athérome des vaisseaux.

M. Rahlmann (de Dorpat). — J'ai eu l'occasion d'examiner à l'ophtalmoscope la rétine d'un grand nombre de sujets atteints d'artério-sclérose, et vous savez combien cet examen est important, puisqu'il permet de se rendre compte dans une certaine mesure de l'état des vaisseaux de l'encéphale dans cette maladie. Voici ce que j'ai trouvé: les artères de la rétine présentent, dans cette affection, des sortes d'étranglements dus à un rétrécissement de leur lumière; au-dessus et au-dessous de ceux-ci se trouvent des vergetures plus ou moins larges, tandis que sur les parties latérales, la paroi vasculaire est normale; au niveau même des étranglements, la colonne sanguine est diminuée de volume et la paroi n'est pas visible du tout,

ou bien elle présente un épaississement fusiforme formé surtout aux dépens de la paroi interne du vaisseau dont elle diminue ainsi la lumière ; ces points-là se présentent sous forme de taches grises. Dans quelques cas, on trouve au voisinage de ces foyers des extravasats sanglants et cela sans qu'il y ait névrite, de telle sorte que l'on pourrait songer à une embolie si les antécédents, l'histoire de la maladie et l'absence de lacune du champ visuel ne permettaient d'écarter cette hypothèse. En même temps, ou à titre de lésions uniques, les veines présentent des étranglements analogues ou bien des dilatations sacciformes que les artères n'offrent jamais d'après mes observations. Il est très essentiel, pour faire le diagnostic de ces lésions, de suivre avec soin chaque vaisseau, car sans cela elles pourraient passer facilement inaperçues.

De la valeur symptomatique de la névrite optique.

M. Manz (de Fribourg). — La névrite optique accompagne fréquemment certaines actions cérébrales, et présente par conséquent une grande importance au point de vue du diagnostic. De Graefe faisait jouer un grand rôle à l'augmentation de la pression intracrânienne dans la pathogénie de cette affection, tandis que, pour en expliquer l'étiologie, j'ai insisté sur la communication qui existe entre la gaîne du nerf optique et l'espace sous-arachnoïdien. Leber, abandonnant l'idée de la tension plus grande qui se produirait dans ces conditions, explique le fait par l'apparition de certaines substances dues à la désassimilation et qui prendraient naissance dans le voisinage des lésions cérébrales : cette opinion, à laquelle s'est également rattaché Deutschmann, me paraît peu vraisemblable, et certaines particularités cliniques de la tuméfaction du nerf optique sont loin de parler en sa faveur : 1° les variations d'intensité qui se présentent dans cette altération de la papille du nerf optique, et que j'ai fréquemment observées, ne sauraient cadrer avec cette hypothèse; 2° au cours de la méningite, on observe rarement cette affection que l'on devrait, d'après l'explication de Leber, s'attendre

à rencontrer fréquemment dans cette maladie; 3° il en est de même dans l'encéphalite suppurée au cours de laquelle la tuméfaction du nerf optique ne se présente que rarement; et si même il se produit dans cette affection une exsudation dans la gaîne du nerf optique, bien loin d'être pururente comme le foyer d'encéphalite, elle est toujours de nature séreuse; 4° enfin la névrite optique accompagne rarement les foyers apoplectiques, dans le voisinage desquels se développe cependant si souvent de l'inflammation.

De l'état de la retine chez les epileptiques.

M. Knies (de Fribourg). — On a fréquemment examiné le fond de l'œil des épileptiques, et l'on n'a trouvé dans l'intervalle des accès, chez plusieurs d'entre eux, aucune anomalie, tandis que chez d'autres on a pu observer une série d'altérations qui n'avaient rien de caractéristique pour cette maladie et qui consistaient tantôt dans l'inflammation ou dans la stase veineuse, tantôt dans l'atrophie du nerf optique. Ce que l'on a trouvé le plus fréquemment, c'est une hypérémie veineuse plus ou moins considérable de la rétine et du nerf optique, phénomène qui était d'autant plus marqué que l'examen suivait de plus près un accès, ou que ceux-ci étaient plus violents et plus fréquents. Ce résultat paraît même si constant à d'Abundo, qu'il en était un élément de diagnostic différentiel entre l'épilepsie vraie et l'épilepsie simulée.

L'examen du fond de l'œil a été pratiqué bien plus rarement pendant l'accès d'épilepsie et tantôt il a donné alors des résultats négatifs, tantôt il a permis de reconnaître que la papille du nerf optique était d'une pâleur extrême. J'ai pu moi-même examiner avec toute la tranquillité désirable un cas de ce genre, et j'ai résumé brièvement les résultats de mon examen, en 1877, devant le Congrès d'ophtalmologie d'Heidelberg : il s'agissait d'un garçon de quatorze ans, qui se trouvait dans le *status epilepticus*. Dix à vingt secondes avant chaque accès, il se produisait un rétrécissement subit des artères rétiniennes, phénomène qui durait pendant tout l'accès et ne cessait qu'à la

fin de celui-ci, tandis que les sept veines se dilataient très sensiblement ; ces faits se présentaient avec la plus grande régularité et j'ai pu fréquemment les observer ; en même temps, je pouvais constater, par la diminution subite et fréquente de la grandeur de l'image ophtalmoscopique, l'apparition de contractions cloniques du muscle ciliaire.

C'est ainsi que l'on peut observer sur les vaisseaux de la rétine des phénomènes absolument semblables à ceux dont on a été amené à supposer l'existence dans les vaisseaux de l'écorce cérébrale pendant l'accès épileptique. Il s'agirait, en effet, d'un spasme artériel qui déterminerait l'accès par une perturbation de la nutrition locale et par une intoxication d'acide carbonique, puis de la cessation de l'accès par la disparition du spasme vasculaire et par un retour graduel à l'état normal ; dans les cas légers, l'hypérémie veineuse secondaire disparaît peu à peu, mais dans les cas graves, sa persistance dans la rétine et sans doute aussi au niveau de l'écorce cérébrale, donne évidemment l'explication des particularités du caractère des épileptiques. Cet état de la rétine n'est pas sans doute un phénomène qui existe toujours pendant l'accès, mais il est certainement beaucoup plus fréquent que la rareté des observations ne le ferait supposer, et c'est dans cette catégorie qu'il faut faire rentrer les cas dans lesquels on a observé une pâleur excessive de la papille.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans, qui présentait depuis cinq ans des attaques d'épilepsie, d'origine probablement syphilitique. En dernier lieu il avait eu, toutes les quatre ou six semaines environ, des accès de cécité de l'œil droit, qui duraient quelques minutes ; sans éprouver d'autres symptômes du côté de la vision, il voyait peu à peu son champ visuel diminuer comme si l'on avait placé un paravent devant son œil ; la cécité devenait complète, et la vue lui revenait peu à peu, comme elle avait disparu. Je n'ai malheureusement pas pu pratiquer l'examen ophtalmoscopique chez ce malade pendant un de ses accès de cécité ; mais, dans l'intervalle, j'ai pu observer l'hypérémie veineuse, qui était plus marquée à droite qu'à gauche. Pour moi, il s'agissait cer-

tainement, pendant les accès, d'un spasme des artères de l'œil droit, car le fait que la cécité n'intéressait qu'un seul œil permet d'écarter l'hypothèse d'un processus d'origine centrale, et il faut considérer, me semble-t-il, ce spasme artériel unilatéral comme une attaque d'épilepsie incomplète.

En résumé, ces deux cas nous montrent donc que le spasme des artères de la rétine accompagne fréquemment l'attaque d'épilepsie, et qu'il peut même être l'équivalent de celle-ci : dans les deux cas, l'état de l'œil était une image fidèle des phénomènes qui doivent se passer pendant l'accès au niveau de l'écorce cérébrale.

Du pronostic des affections du système nerveux d'origine syphilitique.

M. Naunyn (de Strasbourg). — Les résultats que je viens vous soumettre sont empruntés à la fois à mes observations personnelles à la littérature médicale. Je n'ai pas tenu compte de l'ataxie locomotrice et de la démence paralytique, affections dans lesquelles le traitement antisyphilitique ne donne pas de résultat, alors même que les antécédents du malade indiquent nettement la syphilis comme cause étiologique ; il en est de même pour la névrite multiple, que le traitement antisyphilitique paraît même aggraver. Dans les autres affections syphilitiques du système nerveux, le pronostic est très grave, et l'on ne trouve dans la littérature que peu de cas dont la guérison ait dépassé la durée de cinq ans : par contre, une fois la guérison obtenue, les rechutes se montrent également accessibles à un traitement efficace. J'ai obtenu, sur un total de 88 observations personnelles, 24 guérisons définitives, et Fournier est arrivé à des résultas analogues, tandis que d'après l'ensemble des diverses statistiques, le pronostic serait bien meilleur, et qu'il y aurait 50 o/o de guérisons.

C'est en général dans l'année qui suit l'acquisition de la syphilis que se développent le plus souvent les maladies du système nerveux ; l'âge des malades et le temps qui s'est écoulé entre l'affection nerveuse et les autres manifestations

de la syphilis sont sans influence sur le pronostic, mais celui-ci est bien plus favorable, lorsque le traitement antisyphilitique suit de près le début de l'affection du système nerveux, que lorsqu'on ne le commence que plus tard. Au point de vue de la forme de l'affection, le pronostic de l'épilepsie est favorable, bien que jusqu'ici les malades ne me paraissent pas avoir été observés pendant un temps assez long. Dans les formes où il s'agit essentiellement de symptômes d'irritation cérébrale, on obtient jusqu'à 70 o/o de guérisons. Les affections des nerfs périphériques donnent des résultats encore meilleurs : on obtient même 74 o/o. Les monoplégies et paraplégies ne donnent par contre qu'une proportion de 44-53 o/o de guérisons et le pronostic est très défavorable dans la forme diffuse grave que Fournier a nommée pseudo-paralysie et où l'on ne constate qu'un petit nombre de guérisons, 15 o/o. Mes observations me font croire que le pronostic est meilleur dans les cas où les malades n'ont pas encore été soumis à une médication antisyphilitique : en outre, j'ai remarqué que si l'on n'observe pas rapidement un léger degré d'amélioration sous l'influence du traitement, le pronostic est absolument défavorable. Avant même que l'on observe une diminution des symptômes de la maladie elle-même, on constate une amélioration de l'état général, qui est dans la plupart des cas très mauvais, mais cette amélioration disparaît elle-même plus tard sous l'influence du traitement mercuriel.

Du traitement de l'alcoolisme.

M. Forel (de Zurich) fait une communication sur ce sujet et dit que le meilleur mode de traitement de l'alcoolisme consiste dans la suppression brusque et immédiate de l'alcool à l'aide de la suggestion : on n'observe jamais, dans ces conditions, le délire par abstinence.

L'orateur explique ensuite le mode d'action de ce procédé thérapeutique qu'il désirerait voir entrer dans la pratique courante.

De la dystrophie progressive des muscles.

M. Erb (de Heidelberg). — L'atrophie musculaire juvénile, l'atrophie musculaire infantile de Duchenne, la forme héréditaire de cette affection et la pseudo-hypertrophie des muscles forment une véritable unité au point de vue clinique, car ces quatre affections, bien qu'elles se montrent sous des formes différentes, présentent cependant toujours la même localisation, et les muscles réagissent d'une façon identique sous l'influence du courant électrique; elles ne diffèrent entre elles que par l'état plus ou moins volumineux des muscles; enfin, il existe des formes intermédiaires et ces diverses affections se présentent souvent dans une seule et même famille, ce qui prouve bien leur parenté.

Au point de vue des altérations musculaires, ces quatre affections forment aussi une unité anatomique : on trouve, en effet, dans tous les cas, une hypertrophie bien nette des fibres musculaires, qui s'associe plus tard avec l'atrophie, une augmentation des noyaux, une formation de vacuoles, une augmentation du tissu connectif, un épaississement des parois vasculaires et une augmentation du tissu adipeux. L'intensité de ces altérations et leur répartition sont d'ailleurs bien différentes suivant les cas. On trouve toujours, et fréquemment, à titre de lésion unique, l'hypertrophie des fibres musculaires, qui paraît ainsi devoir être considérée comme l'altération primitive : mes observations coïncident d'ailleurs absolument avec celles de Charcot, Heubner, Hitzig, etc.

M. Baumler (de Fribourg). — Voici un malade âgé de 32 ans et atteint de dystrophie musculaire progressive; dès l'âge de 16 ans, il sentit un certain degré de faiblesse dans le bras droit, puis dans le gauche; j'ai eu l'occasion de l'observer, il a six ans déjà, dans ma clinique et aujourd'hui je ne trouve que peu de différences avec son état antérieur; la maladie évolue très lentement et avec peu d'intensité. Les muscles du tronc sont atrophiés, mais d'une façon assez inégale; le grand dorsal et le grand dentelé ont à peu près complètement disparu, tandis que les

muscles qui entourent l'articulation de l'épaule et l'omoplate, et en particulier le deltoïde, sont très nettement hypertrophiés; le grand pectoral est atrophié dans presque toute son étendue et cela des deux côtés; il en est de même du biceps et du triceps brachial, ainsi que du premier interosseux de la main gauche, tandis que les muscles de l'avant-bras et de la main ne présentent pas d'anomalies.

L'atrophie du premier interosseux gauche n'existait pas il y a cinq ans, celle des muscles des bras a augmenté depuis ce moment. Les muscles abdominaux fonctionnent encore très bien et les extenseurs du rachis sont mieux conservés que d'ordinaire dans ces cas-là. Actuellement, ainsi que vous le voyez, le malade ne peut plus élever les bras en l'air qu'avec peine, et en les projetant avec violence, tandis qu'il y a cinq ans ces mouvements se faisaient encore assez facilement. Les mollets sont bien développés, mais les muscles de la cuisse droite ont atteint un degré assez considérable d'atrophie. Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est le début tardif de l'affection et la lenteur de son évolution. Au point de vue des altérations musculaires, je suis parfaitement d'accord avec Erb.

Des psychoses chez les prisonniers soumis au régime cellulaire.

M. Kirn (de Fribourg). — Les psychoses se présentent dans ces conditions avec une fréquence dix fois plus grande qu'au sein de la population qui vit en liberté; cependant on ne saurait attribuer exclusivement ce triste résultat au régime cellulaire. On trouve, en effet, souvent chez ces prisonniers un aspect extérieur singulier et surtout des anomalies dans la conformation du crâne; souvent aussi il existe chez eux une prédisposition morbide, consistant soit dans l'hérédité, soit dans un traumatisme de la tête ou dans quelque maladie anterieure du cerveau, dans l'épilepsie, etc.; leur éducation a souvent été défectueuse et ils ont eu quelquefois déjà des accès d'aliénation mentale.

Dans ces conditions, le régime cellulaire ne paraît être que la cause occasionnelle de la psychose; c'est seulement ainsi, d'ailleurs, que s'explique l'apparition de la maladie généralement peu après l'entrée en prison, et non pas à la suite d'un long emprisonnement. Chez les prisonniers qui vivent en commun, on observe des affections chroniques qui se développent lentement et présentent volontiers le caractère de la démence, tandis que chez ceux qui sont soumis au régime cellulaire il s'agit essentiellement de psychoses aiguës. Le régime cellulaire serait donc, au point de vue de l'aliéniste, préférable à l'autre et moins dangereux. Chez les prisonniers soumis au régime cellulaire, la mélancolie aiguë est la forme d'aliénation mentale la plus fréquente, ensuite vient le délire aigu et enfin la manie aiguë qui est la plus rare : dans toutes ces formes, ce qu'il y a de curieux c'est la tendance très forte aux hallucinations.

Présentation d'un aphasique.

M. Raumler. — Je vous présente un malade atteint d'une forme curieuse d'aphasie : c'est un homme âgé de 48 ans qui, après avoir eu fréquemment des rhumatismes, fut atteint, il y a quatre ans d'accès de vertiges accompagnés de troubles de la conscience, mais sans convulsions; il y a deux ans, il eut de nouveau un accès semblable avec cécité d'un œil, qui persista pendant six semaines; depuis trois ans, la parole est indistincte, mais le malade peut lire ce qui est imprimé. Il s'agit ici d'une aphasie atactique, combinée à un léger degré d'amnésie et de faiblesse d'intelligence ; les troubles de la parole que l'on observe chez ce malade rappellent quelquefois ceux de la paralysie bulbaire.

La séance est levée.

Séance du 10 juin. — Présidence de L. Jolly.

De l'albuminurie chez les aliénés.

M. Koppen (de Strasbourg). — D'après mes observations, l'albuminurie est très fréquente chez les aliénés et présente quelquefois même des rapports importants et intimes avec la maladie mentale elle-même. Je l'ai observé : 1° dans les cas d'aliénation mentale qui se développent à la suite d'une néphrite chronique : l'augmentation de l'albumine des urines détermine alors un état de stupeur et de prostration profondes, tandis que sa diminution coïncide avec un éclaircissement de la conscience ; 2° dans les psychoses qui ont leur point de départ dans l'artério-sclérose ; 3° dans divers états de délire dans lesquels la stupeur et les troubles psychiques augmentent parallèlement à la quantité de l'albumine contenue dans les urines ; on trouve d'ailleurs de l'albumine dans la plupart des cas de délire et surtout dans le délire aigu, ainsi que dans les états de manie qui ont souvent au début une certaine ressemblance avec le délire. L'albumine se présente tantôt sous la forme habituelle, tantôt sous celle de propeptone. Après avoir éliminé avec soin toutes les circonstances accessoires, j'en suis arrivé à la conviction que l'albuminurie doit son origine à certaines influences cérébrales qui nous sont encore inconnues.

De la physiologie des ganglions sous-corticaux et de leurs rapports avec l'attaque d'épilepsie.

M. Ziehen (d'Iéna). — Dans l'attaque d'épilepsie, il se présente des convulsions cloniques dont on place le siège central dans l'écorce cérébrale, et des convulsions toniques qui sont sous la dépendance, dit-on, de centres sous-corticaux, peu connus d'ailleurs. J'ai cherché à résoudre la question par l'expérimentation, et j'ai excité les centres sous-corticaux d'un grand nombre de lapins par la mé-

thode mécanique, pensant que l'irritation électrique ou chimique présentait l'inconvénient de ne pouvoir être limitée assez exactement à un point donné. L'excitation mécanique du corps strié et des parties qui le composent ne m'a donné aucun résultat positif, tandis que celle de la couche optique dans sa partie moyenne et postérieure, et celle des tubercules quadrijumeaux antérieurs détermine des mouvements de locomotion bien nets et très énergiques; ces mouvements convulsifs sont probablement de nature réflexe. L'excitation des tubercules quadrijumeaux postérieurs détermine des convulsions tétaniques. Il est probable que ce sont ces centres-là qu'il faut considérer comme le point de départ des convulsions toniques dans l'attaque d'épilepsie.

Du développement de l'écorce cérébrale dans la série animale.

M. Edinger (de Francfort). — Voici une série de préparations qui montrent bien les différences très grandes qui existent entre les diverses classes d'animaux au point de vue du développement et de la formation de l'écorce cérébrale; c'est ainsi que, après avoir depassé les reptiles, on n'observe plus, dans la série animale, de vésicule cérébrale intérieure bien nette, fait important et dont on devrait tenir compte dans les expériences de physiologie et dans les conclusions que l'on en tire.

Phénomene réflexe curieux.

M. Thomas (de Fribourg). — Il s'agit d'un réflexe curieux dont j'ai fait l'observation sur moi-même : j'ai remarqué qu'à la suite d'irrigations quelque peu violentes exercées sur la muqueuse buccale, j'éprouvais un sensation de strangurie, un besoin d'uriner même alors que je venais de vider ma vessie.

De l'action du sulfonal chez les aliénés.

M. Cramer (de Fribourg)—. J'ai répété et continué les essais de Kast sur l'action thérapeutique du sulfonal et une

grande série d'observations me permet d'affirmer également l'action éminemment somnifère de ce remède : je n'ai jamais eu d'insuccès complet et dans 92 o/o de mes cas le résultat a été excellent; mes malades ont été observés avec beaucoup de soin, étant tous placés dans les salles de la clinique de psychiatrie, où le service de nuit est très bien fait. J'ai administré le remède tantôt sous forme de cachets, tantôt mêlé à la nourriture des malades ou dans les boissons qu'ils prenaient, ce qui est singulièrement facilité par le fait qu'il n'a pas de goût du tout : je n'ai jamais dépassé la dose de 3 gr. Administré à des malades atteints de mélancolie, il déterminait chez eux de la somnolence et diminuait notablement leur angoisse ; pendant la nuit, le sommeil était profond. Sans savoir si l'on est en droit de parler d'une action spécifique du sulfonal dans la manie, il est certain que ce remède tranquillise d'une façon tout à fait extraordinaire les malades atteints de cette affection.

J'ai fait en outre des études comparatives sur l'influence qu'exercent divers soporifiques, tels que le chloral, la paraldéhyde, l'hydrate d'amylène et le sulfonal sur les propriétés saccharifiantes de la salive, et sur l'activité digestive du suc gastrique et du suc pancréatique. La saccharification des hydrates de carbone par la salive n'est influencée en rien par ces médicaments, mais le chloral, la paraldéhyde et l'hydrate d'amylène ralentissent la digestion stomacale, qui se fait alors deux ou trois fois plus lentement, tandis que l'influence du sulfonal est absolument nulle ; l'action des trois premiers de ces agents thérapeutiques sur la digestion ne s'exerce d'ailleurs plus si on les dilue dans la proportion de 1 pour 80, proportion dans laquelle le sulfonal est soluble. La digestion pancréatique est presque complètement suspendue par ces trois substances, elle est très ralentie par le chloral et la paraldéhyde et l'est un peu par l'hydrate d'amilène lorsque ces substances sont employées dans la proportion de 1 pour 80 d'eau, tandis que le sulfonal ne la modifie en aucune façon. Ce remède me paraît être une heureuse trouvaille, dont on apprendra peu à peu à préciser les indications.

M. Kast (de Fribonrg). — Il faut, quand on emploie le sulfonal, avoir soin de varier la dose dans chaque cas particulier, et se souvenir qne les femmes réagissent très rapidement à la suite de l'administration de doses minimes. Le peu de solubilité du sulfonal est une chose qu'il ne faut pas non plus perdre de vue ; on peut l'augmenter en pulvérisant le remède très finement, en l'associant à des sels, en employant des acides dilués et en l'administrant dans un véhicule chaud ; enfin il est bon de ne le faire prendre qu'après les repas et c'est ainsi que l'on évitera une accumulation de substances non dissoutes dans l'organisme, accumulation qui pourait produire des effets tardifs et inattendus.

M. Forel (de Zurich). — Je désirerais savoir si les malades prennent l'habitude de ce remède et ne peuvent plus, au bout de quelque temps, s'en passer, comme c'est le cas pour la morphine, la cocaïne, etc.

M. Cramer. — Ce n'est pas du tout le cas pour le sulfonal, et il n'est pas même nécessaire d'élever la dose lorsque les malades l'ont pris longtemps de suite. Le fait qu'ils peuvent s'en passer sans aucun désagrément me paraît bien prouvé par l'observation suivante : Il s'agissait d'une dame qui, après avoir pris pendant des années du chloral, de la paraldéhyde, etc., ne pouvait plus dormir du tout ; je lui administrai du sulfonal, qui produisit immédiatement un sommeil réparateur ; au bout de quelque temps le sommeil était revenu ; je cessai le sulfonal sans aucun inconvénient, et la malade ne se plaint pas d'insomnies.

Des altérations des sensations musicales dans l'aphasie.

M. Kast (de Fribourg). — J'ai déjà eu l'occasion d'observer et de publier un cas dans lequel, à la suite d'une aphasie traumatique, il y avait impossibilité de chanter, tandis que le malade avait conservé la faculté de distinguer les intervalles les plus fins et de reconnaître les fautes que je faisais volontairement en jouant ; lorsque le malade cherchait à reproduire un air, le rythme était exact, mais il n'y avait pas trace de mélodie. En ce moment, je traite

un violoniste distingué atteint d'aphasie consécutive à une syphilis cérébrale, et chez qui l'intelligence est demeurée intacte; dans ce cas encore, les troubles musicaux sont d'ordre purement moteur; le malade, en effet, ne peut pas exécuter les mouvements nécessaires pour produire la série des tons, et n'en a plus la notion, mais il a conscience du fait qu'il joue faux; d'autre part, il sait distinguer si l'on joue juste ou faux devant lui. Grâce à un fréquent exercice, il en est arrivé à faire de grands progrès dans le chant, tandis qu'il n'y a guère d'amélioration dans la façon dont il joue du violon.

M. Hofmann (de Heidelberg) relate une observation d'atrophie musculaire progressive ayant débuté par les extrémités. La sensibilité à la douleur était diminuée partout, et les muscles, qui fonctionnaient normalement, présentaient cependant une diminution notable de l'excitabilité électrique ; les réflexes tendineux étaient abolis.

La treizième réunion des neurologistes et médecins aliénistes est déclarée close.

SOCIÉTÉ

DES

SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Deuxième semestre 1887.

---

12 *octobre*. — M. Gangolphe présente une observation de *tuberculose perforante du crâne*. La pièce provient d'un enfant ayant succombé à une méningite tuberculeuse quelque temps après avoir subi une résection de la hanche. La lésion crânienne consiste en un tubercule perforant du pariétal, ayant une longueur de 2 centimètres 1/2 sur une largeur moitié moindre. Il n'y a, autour de la perforation, aucune trace de réaction osseuse, pas de tuméfaction, ce qui explique l'absence de compression cérébrale. Cette absence de réaction est caractéristique de la tuberculose crânienne et permet de la différencier aisément de la syphilis, toujours accompagnée d'hypérostose. Ces tubercules siègent presque exclusivement à la partie postérieure du crâne, dans la région pariéto-occipitale. Ils déterminent un séquestre placé sur la face externe de l'os, et plus étendu que la perforation de la table externe. On a rarement à intervenir, car il n'y a presque jamais de symptômes révélant l'existense de l'affection. Si l'on était

amené à une opération, l'ablation du séquestre exigerait l'application d'une ou plusieurs couronnes de trépan pour rendre suffisante l'ouverture de la table externe.

M. POTEL a vu un tubercule de ce genre chez un phthisique ; mais, malgré l'absence d'hypérostose, il avait déterminé une hémiplégie. La dure-mère était le siège d'un dépôt caséeux absolument analogue à ceux que l'on trouve dans les pachymeningites du mal de Pott.

2 *novembre*. — M. BOUVERET présente un fait d'un très grand intérêt au point de vue de la doctrine des localisations cérébrales, Il s'agit d'une observation de *cécité consécutive à un ramollissement embolique* de la surface corticale de la face interne des deux lobes occipitaux. Selon toute vraisemblance, le ramollissement a été déterminé par une embolie arrivée du cœur dans les artères cérébrales postérieures par la vertébrale. La perte de la mémoire et l'obscurcissement de l'intelligence sont imputables à l'œdème cérébral ; il en est de même de l'hémiplégie.

Quoi qu'il en soit, ce ne sont là que des phénomènes accessoires, et il faut insister exclusivement sur la perte subite et complète de la vision, survenue consécutivement à une altération de la substance corticale sur la surface interne du lobe occipital. Ce fait unique dans les annales de la science confirme les idées de Munck sur l'existence, dans cette région, d'un centre en communication avec la rétine. Dans les quarante observations publiées par Séguin (de New-York) dans les *Archives de neurologie*, on en trouve quatre absolument comparables à celles-ci ; mais les altérations n'ont toujours porté que d'un seul côté, et, par suite, il n'y a jamais eu cécité complète, mais seulement hémianopsie.

Enfin, la nécessité absolue avec intégrité de la face externe du lobe occipital tend à prouver que le siège des perceptions lumineuses doit être localisé exclusivement sur la région interne.

— M. ORSEL, présente un *goître* du poids de 700 grammes qui a été extirpé ce matin par M. Poncet.

M. Poncet insiste sur ce point que la thyroïdectomie est une bonne opération qui est relativement facile, mais, pour cela, il est nécessaire d'avoir un jour complet. Il faut faire de grandes incisions; c'est depuis qu'il fait l'incision en T qu'il peut opérer en quarante ou cinquante minutes; le malade perd peu de sang. Il faut sectionner tout le plan musculaire; on arrive alors directement sur le corps du délit.

Les cas de myxœdème ont fait rejeter la thyroïdectomie. Il y a cependant des indications pressantes: c'est lorsqu'il y a des accidents de suffocation, et ces déformations de la trachée qui ne peuvent être amoindries autrement. Dans ces cas, M. Poncet opère malgré les chances de myxœdème. Il faut une ablation complète, car, d'abord, il n'y a pas de lobe que l'on puisse énucléer sans chance de grosse hémorrhagie, et ensuite c'est dans les parties profondes que l'on trouve ce tissu cicatriciel qui comprime la trachée. Après l'opération, il y a immédiatement une aphonie qui peut durer quatre à six mois, quoique le récurrent ne soit pas intéressé.

9 novembre. — M. Chassagny présente une malade atteinte d'une *déformation curieuse de la main gauche* paraissant tenir à l'atrophie de la tête du troisième métacarpien. Le médius est plus fort que les autres doigts; à la main gauche, les têtes des métacarpiens sont un peu gonflées; c'est ce qui s'est passé sans doute à la main gauche au début. La malade habite Lamure, dans un local humide; lorsqu'elle est arrivée à Lyon, elle était dans un état très débilité; elle a été améliorée par les phosphates et les ferrugineux.

23 novembre. — M. Cordier lit la relation d'une *épidémie de paralysie infantile.* Isolément, les 15 cas que l'auteur a recueillis ne présentent qu'un médiocre intérêt, mais, dans leur ensemble, ils offrent matière à remarque. Tous les malades, qui sont des petits garçons et des petites filles ne dépassant pas 30 mois, ont été frappés dans les mêmes proportions et avec la même gravité. Chez le plus grand nombre, il s'est déclaré une fièvre

violente en rapport avec l'étendue des lésions médullaires. Une manifestation assez caractéristique, et que les auteurs ne rapportent pas dans la description de cette maladie, a été constatée : ce sont des sueurs très abondantes qui n'ont point apparu chez les enfants qui ont succombé au nombre de quatre. La paralysie a été assez violente pour en empêcher certains de crier et de téter. Un est resté pendant cinq jours inerte et flasque. La mort des quatre enfants est survenue à la fin du troisième jour. Jusque-là, les lésions médullaires sont donc envahissantes. Ainsi, cette paralysie est assez souvent mortelle ; elle paraît d'autant plus grave que les malades sont plus petits.

Dans tous les cas relatés, l'amélioration a été progressive.

Pour expliquer l'épidémie, il faut évidemment admettre une cause générale. L'infection ne semble pas se faire par les aliments ou les boissons. Certains enfants qui tétaient simplement ont été atteints. Il faut plutôt songer aux voies respiratoires, à un air contaminé. La période d'incubation est parfois très courte, puisqu'on a vu l'affection gagner un jeune enfant au bout de sept heures.

M. Pierret soutient depuis longtemps que la paralysie infantile est une maladie infectieuse, il est arrivé à cette opinion par des études anatomo-pathologiques et des études d'anatomie comparée. C'est lui qui a fait dans le laboratoire de M. Charcot les premiers dessins de paralysie infantile. Il s'éleva ensuite une discussion entre M. Charcot, qui y voyait surtout une inflammation parenchymateuse, et MM. Roger et Damaschino, qui y voyaient une myélite diffuse. L'un étudiait des moelles vieilles, cicatrisées ; les autres, des moelles en voie d'évolution. Puis, M. Bochefontaine publia un cas de paralysie infantile chez le chien. M. Pierret étudiant une moelle analogue de jeune chien, y trouva une myélite avec exsudat périvasculaire ; en somme, ce qu'on trouve dans les affections infectieuses du système nerveux, syphilis, variole, rage. M. Mathis a trouvé le microbe de cette maladie du chien qui a bien quelques différences avec la paralysie infantile, mais on conçoit qu'une localisation microbienne soit chose essentiellement

variable. Parmi les cas de M. Cordier, certains présentent le syndrome de l'hémiplégie infantile. Y a-t-il toujours eu réaction de dégénérescence ? Cependant M. Pierret, tout en partageant l'avis de M. Cordier sur la nature microbienne de la paralysie infantile, ne voudrait pas que la question fût considérée comme absolument tranchée. Il pourrait s'agir, à la rigueur, d'une fièvre éruptive plus ou moins connue, compliquée d'accidents nerveux.

1[er] *décembre.* — M. Goullioud présente un enfant qui a guéri après un *enfoncement du frontal avec issue de substance cérébrale.* L'évolution simple et favorable doit être attribuée à l'absence de suppuration. Il n'y a pas eu de troubles intellectuels; la motilité et la sensibilité sont restées intactes. Les fragments pénétraient dans le cerveau; on a essayé de les redresser, ce que l'engrènement a d'ailleurs rendu impossible. Il a fallu se résoudre à enlever quatre parcelles osseuses considérables. Deux artères de la dure-mère et de la pie-mère ont été liées. On a alors placé un tamponnement de gaze iodoformée. Les suites de l'opération, et malgré la perte importante de substance cérébrale, ont été très simples pendant les treize premiers jours. A cette époque, on a trouvé, en enlevant le pansement, des bourgeons adhérents. Le pansement suivant a fait craindre un instant une tendance à la hernie cérébrale, ce qui n'a pas duré d'ailleurs, et, il y a un mois environ, la cicatrisation complète a été obtenue. Cette plaie n'a pas suppuré. Cet enfant qui, actuellement, porte un appareil préservateur, sera-t-il obligé de le garder ? N'y aura-t-il pas reproduction osseuse ? On en connaît des exemples. Le cas présent peut donc donner quelque espérance si l'on tient compte surtout de l'âge du sujet qui n'a que neuf ans.

M. Loison présente le cerveau d'un malade ayant appartenu au service de M. Renaut. Cet individu, âgé de 40 ans, entra à l'hôpital le 20 novembre, dans un état semi-comateux; il répondait cependant par oui et par non, se plaignait uniquement de souffrir de la tête. Il n'y avait aucun signe de paralysie, mais un myosis très prononcé;

la température était à 38°4 ; l'urine était albumineuse ; on posa le diagnostic urémie. Il mourut au bout de trois jours; il y avait bien quelques lésions rénales, une pâleur de la substance corticale, chair de saumon. Mais on trouva dans l'encéphale une hémorrhagie corticale à la partie antérieure de la face interne de l'hémisphère droit, au niveau du genou du corps calleux. Le diagnostic était impossible, et l'absence de symptômes n'est pas étonnante, la lésion appartenant à la zone latente.

7 decembre. — M. MOLLARD présente un jeune malade du service de M. Cordier qui s'est affaibli peu à peu ; les jambes sont devenues faibles et l'équilibre manque; les articulations ont été le siège de douleurs assez vives et il y a de l'herculéisme du membre inférieur. Au niveau de la région lombaire se trouvent des cicatrices et une douleur assez vive existe à la pression. C'est une *paralysie pseudo-hypertrophique.*

Un deuxième malade présenté est atteint d'un *mal de Pott lombaire.* Il a eu plusieurs abcès ouverts dans le triangle de Scarpa et s'est bien remis sous l'influence d'injections d'éther iodoformé. Chez les enfants scrofuleux, ces injections ont donné d'excellents résultats. Si parfois quelques insuccès ont été relatés, c'est que les doses injectées étaient trop fortes.

14 décembre. — M. PALLIARD, interne des hôpitaux, présente le cerveau d'un enfant de 13 ans, mort, dans le service de M. le professeur Lépine, d'une *méningite* et atteint de ramollissement cérébral. A l'autopsie, on a trouvé les signes de ramollissement; l'examen microscopique a révélé dans la capsule interne la présence de corps granuleux.

M. CHAINTRE montre la partie supérieure du crâne d'un individu mort, il y a quelques jours, à l'Hôtel-Dieu, et qui avait reçu sur la tête un morceau de fonte de 15 kilogrammes tombé d'un troisième étage. L'individu fut apporté dans le service de M. le professeur Poncet, dans un état semi-comateux. Il sortit toutefois de cet état d'abattement et l'on put constater une paralysie du bras

gauche; une paralysie faciale du côté droit survint également. Il passa cependant une nuit assez tranquille et, le lendemain, on trouva une plaie de téguments et une fracture compliquée; de petits fragments d'os pénétraient dans la dure-mère. On les enleva et on appliqua un pansement. La mort survint peu après. Le crâne présente une échancrure qui part du pariétal pour aboutir aux sinus frontaux. A la base du crâne, on n'a pas trouvé de fracture. Quand au cerveau, on pouvait y voir une véritable anfractuosité au niveau de la scissure de Rolando. On n'a pas eu à signaler de troubles intellectuels.

M. H. Mollière a été frappé de la conservation de certains mouvements de la main.

M. Adenot présente le cerveau d'un malade entré pour troubles cérébraux. On notait une paralysie du moteur oculaire externe du côté gauche. Il n'y avait pas de troubles de l'olfaction et la mort est survenue à la suite d'un phlegmon. A l'autopsie, on a trouvé une tumeur située sur le rocher.

SOCIÉTÉ

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

DE BORDEAUX

Deuxième semestre 1887.

---

8 *juillet* 1887. — M. Monod présente un malade atteint *d'adhérence congénitale du bord libre du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx* avec ouverture médiane suivant la communication entre l'arrière-gorge et la cavité des fosses nasales. Les cas d'adhérence congénitale sont fort rares.

— M. Négrié lit une note sur un cas de *paralysie ascendante aiguë consécutive à une rougeole*. Cette observation est fort intéressante, car ces accidents sont rares à la suite de la rougeole, et Landouzy, dans sa thèse, n'en rapporte que deux semblables.

15 *juillet* 1887. — M. Régis expose un *Nouveau classement méthodique des états d'aliénation mentale*. Il les divise alors en deux groupes : les aliénations fonctionnelles (folies vésanies) et les aliénations constitutionnelles (déviations et infirmités mentales).

Les aliénations fonctionnelles comprennent les folies généralisées (symptomatiques) : manie, mélancolie, folie à double forme, et les folies partielles ou folies systématisées régulières (hypocondrie, etc.).

Les aliénations constitutionnelles renferment les vices d'organisation psychique : désharmonies, dégénérescences et monstruosités et la désorganisation psychique ou démence. Les états secondaires d'aliénation mentale, folies associées ou symptomatiques, doivent être étudiés à part.

22 *juillet* 1887. — M. G. Martin communique une note sur les *accidents oculaires engendrés par la lumière électrique*. Pour lui, les désordres oculaires relèvent uni-

quement de l'intensité des foyers dont on ne sait pas se garer. Le seul conseil à donner pour s'en préserver est de se mettre des verres fumés devant les yeux.

— M. POUSSON présente une observation de *pseudo-lipome sous-claviculaire*. Il est partisan de la théorie de M. Potain qui admet, comme on le sait, l'infiltration sérieuse du tissu cellulaire de la base du cou. Une ponction a permis de mouvoir en tous sens l'aiguille dans la tumeur avec la même facilité que dans une cavité libre.

29 *juillet* 1887. — M. VERGELY communique des observations de *céphalée postérieure* dont il a tiré les conclusions suivantes :

1° L'inflammation du pharynx, soit aiguë, soit chronique, avec la forme hypertrophique, ou atrophique, ou accompagnée de granulations, qu'elle soit localisée au pharynx buccal, ou, ce qui arrive le plus souvent, à la région naso-pharyngée, se traduit par des douleurs ayant pour siège l'occipital, la ligne courbe de l'occipital, les points d'émergence des nerfs occipitaux, la nuque, la partie postérieure des apophyses mastoïdes.

2° Quand la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne, le tympan, présentent des lésions inflammatoires, des troubles auriculaires, des variations de tension, les douleurs se montrent vers la conque, le tragus, la portion écailleuse du temporal, la région temporo-malaire, si l'inflammation catarrhale gagne la voûte des fosses nasales et les sinus fronteux et sphénoïdeux, les douleurs s'accusent dans la racine du nez, dans la région frontale, sourcilière et sous-orbitaire.

3° En présence des points douloureux ayant pour siège la région occipitale, la nuque, l'apophyse mastoïde, alors même que le malade n'accuse aucune douleur, aucun trouble du pharynx ; il importe d'examiner le pharynx buccal et l'espace naso-pharyngien.

4° Les douleurs sont probablement d'origine réflexe.

5° Le traitement local de l'affection pharyngienne suffit le plus souvent à faire disparaître les douleurs ; chez les sujets hystériques, alcooliques ou neurasthéniques, l'affection est plus rebelle et exige un traitement général.

28 *octobre* 1887. — M. TROQUART communique une observation *de trépanation dans un cas d'ostéïte névralgique du fémur*.

Il s'agit d'un fait d'ostéo-myélite chronique avec tendance aux accidents aigus se produisant de loin en loin sous l'influence de la fatigue ou, si l'on veut, à un cas d'ostéo-myélite prolongée à forme névralgique intermittente. Il n'y avait pas d'abcès, et il pense que la trépanation a produit un soulagement presque immédiat, parce qu'elle a agi comme une saignée locale et surtout comme un véritable débridement, en faisant cesser l'étranglement de la moelle osseuse dans un tissu éliminé.

— M. le Secrétaire général donne lecture d'une observation adressée par M. BITOT, *d'amnésie topographique* visuelle, du langage articulé, auditive, dont le début remonte à dix ans environ, sans mélange aucun de phénomène paralytique ; il y eut amendement des troubles du langage articulé et auditif avec persistance des troubles visuels et topographiques.

18 *novembre* 1887. — M. ARNOZAN communique une observation *d'amnésie rétrograde à la suite d'émotion morale*.

Cette observation laisse entrevoir comment les faits se classent dans notre mémoire. Ils viennent s'y ranger, semble-t-il, suivant une double loi : dans l'ordre chronologique et dans l'ordre logique. Dans l'ordre chronologique, car on voit disparaître en bloc le souvenir des faits accomplis pendant trois jours, quels que soient ces faits. Dans l'ordre logique, car on voit aussi disparaître toute la série des phénomènes se rapportant à un même événement, quoique ces souvenirs remontent à plusieurs mois en arrière et embrassent ainsi, non seulement la période des trois jours d'amnésie complète, mais une période beaucoup plus étendue pour laquelle l'ensemble de la mémoire reste intacte.

2 *décembre* 1887. — M. RÉGIS donne lecture d'un rapport médico-légal relatif à une agression commise, sans cause apparente, dans un wagon de chemin de fer.

BIBLIOGRAPHIE

De l'asymétrie fronto-faciale dans l'épilepsie, par V. Pisson. Thèse de Paris (juillet 1888).

Inspirée par M. Bourneville, cette thèse très intéressante renferme de nombreuses observations détaillées avec autopsies. Les déductions sont tirées avec logique très serrée.

L'auteur a rencontré l'asymétrie fronto-faciale dans l'immense majorité des cas d'épilepsie essentielle. Il attache plus d'importance à l'asymétrie des saillies molaires, il ajoute même à la déviation du nez, ce qui est bien douteux, qu'à l'asymétrie du front. Ces déformations ne peuvent être précisées par la vue et le toucher. L'auteur pense, et là il se trouve en désaccord avec Lasègue, que l'épilepsie n'est pas consécutive à l'asymétrie crânienne, la consolidation définitive du crâne n'arrivant le plus souvent que longtemps après le début des manifestations épileptiques, mais elle lui est antérieure ou concomitante et toutes deux paraissent relever d'une même cause : arrêt ou irrégularité dans le développement simultané du crâne et du cerveau.

Contribution à l'étude de la Sclérose tubéreuse ou hypertrophique du cerveau, par Joseph Thibal. Thèse de Paris (juillet 1888).

Cette thèse est consacrée à l'étude d'une forme de sclérose cérébrale qui par son aspect microscopique et par sa constitution histologique mérite le nom de sclérose tubéreuse et hypertrophique et qui est difficile à distinguer au point de vue symptomatique de la sclérose atrophique.

Le diagnostic repose sur l'existence de convulsions précoces, intenses, se reproduisant par séries; d'un arrêt ou

d'une déchéance rapide de l'intelligence aboutissant à l'idiotie; d'accès épileptiformes remplaçant rapidement les convulsions du début accès de forme spéciale et ordinairement sériels. Il repose en outre sur l'absence de paralysies et de contractures marquées, un état parétique des membres, surtout des inférieurs, existant seulement dans certains cas. Enfin il existe des troubles très marqués et progressifs de la nutrition générale.

Elle diffère de la sclérose atrophique par la marche qui est plus rapide et par le pronostic qui est plus grave.

Considérations sur la folie puerpérale et sur sa nature, par Mme Zénaïde de Gorsky. Thèse de Paris (juillet 1888).

L'auteur fait la description de la dégénérescence mentale héréditaire et arrive, après avoir cité quelques observations, à cette conclusion que la folie puerpérale n'est pas une espèce pathologique, mais un aspect délirant de la dégénérescence mentale et de la névropathie (?)

La seule valeur de ce travail se trouve dans le nombre des observations qu'il contient.

Contribution à l'étude clinique des anesthésies dépendant des lésions au foyer de l'écorce cérébrale, par Jules Hamaide. Thèse de Paris (juin 1888).

L'auteur montre en quel état les recherches anatomo-cliniques les plus récentes ont laissé la question des anesthésies provoquées par les lésions organiques de l'écorce cérébrale. Cette étude est limitée aux troubles de la sensibilité générale, les anesthésies sensorielles sont mises de côté.

Après avoir retracé l'historique des travaux sur ce sujet mal défini, il consacre la seconde partie aux caractères cliniques des anesthésies d'origine corticale, dont il rapporte une observation inédite.

Les anesthésies déterminées par des lésions corticales en foyer, peuvent porter sur tous les modes de la sensibilité générale et sont généralement incomplètes, superficielles, transitoires. L'intensité, le degré de l'anesthésie paraît

dépendre plutôt de l'époque d'apparition récente, de la brusquerie de la lésion, que de l'étendue en surface de la lésion. Elle est *toujours* liée à une paralysie plus ou moins accentuée des membres où elle siège.

Ch. Lefèvre.

Contribution à l'étude de la paralysie générale, à début précoce, par le Dr L. Vrain. Thèse de Paris, 1887.

Conclusions générales. — 1° La paralysie générale ordinaire paraît *liée* étroitement à l'*âge mûr*, car c'est à ce moment qu'on la rencontre généralement. C'est, comme disent les Allemands, une maladie du *klimacterium*, ou époque culminante de la vie, dont la limite inférieure peut être fixée à trente ans et la limite supérieure à soixante ans.

2° Tous les cas de paralysie générale qui apparaissent avant cette époque, c'est-à-dire avant la trentième année, peuvent être considérés comme étant des paralysies générales *à début précoce*. Or ces dernières sont loin d'être aussi rares aujourd'hui qu'autrefois; elles tendent même à devenir de plus en plus fréquentes et ne doivent plus être considérées comme une quantité négligeable.

3° La paralysie générale à début précoce reconnaît ordinairement pour cause déterminante un facteur étiologique puissant, tel que : l'hérédité, la syphilis, l'alcoolisme, la dégénérescence mentale (héréditaire ou acquise), le saturnisme, les traumatismes, les diathèses.

Dans presque tous les cas, on retrouve, et cela d'une façon manifeste, de l'hérédité de *nature congestive*. Quant à l'hérédité vésanique, qui est assez fréquemment associée à la précédente, elle ne paraît jouer qu'un rôle secondaire dans le développement de la maladie, puisque, dans la moitié des cas (sept fois sur quinze), la première était seule en cause.

Quant aux autres facteurs étiologiques ci-dessus énumérés, ils renforcent probablement l'hérédité, en déterminant une prédisposition hâtive qui place prématurément le cerveau dans les conditions où ils se trouve à l'époque de la maturité de la vie.

4° La paralysie générale précoce reste quelquefois longtemps à l'état prodromique ; elle est alors caractérisée par plusieurs symptômes dont quelques-uns ont une grande valeur.

A la période d'état, on retrouve dans l'ordre physique les mêmes signes que chez l'adulte, mais dans l'ordre psychique il y a quelque différence : dans *la moitié* des cas, en effet, la paralysie générale à début précoce affecte la forme démence paralytique ; tandis que, chez l'adulte, ce fait ne s'observe que dans *le quart* des cas.

5° Enfin, cette maladie diffère encore de celle de l'adulte en ce que sa marche est lente, mais progressive et continue, les *rémissions très rares* et le pronostic fatal.

La syphilis est-elle une cause de la paralysie générale, par le Dr C. Vernet. Thèse de Nancy, 1887.

Conclusions. — 1° Il existe réellement une paralysie générale d'origine syphilitique, identique à la paralysie progressive, au point de vue symptomatique ;

2° Le traitement spécifique révèle la véritable étiologie de l'affection, puisqu'il est suivi, dans quelques cas, de rémissions d'une durée inusitée, permettant de croire à une guérison : dans les autres cas, il amène presque toujours une réelle amélioration de notable durée.

VARIA

Organisation du concours pour les places de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés. — Le président du Conseil, ministre de l'intérieur;

Sur la proposition du directeur de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance;

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839 et les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1875;

Vu le décret du 25 mars 1852;

Vu l'arrêté ministériel en date du 6 mars 1888 instituant une commission chargée d'étudier le meilleur mode de concours à organiser pour l'admission aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés;

Vu le rapport présenté par ladite commission (1) :

Vu l'avis de M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts;

Arrête :

Article premier. — Il est constitué un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoits des asiles publics d'aliénés.

Article 2. — Le concours sera régional; il y aura autant de régions que de Facultés de médecine de l'Etat. — La circonscription de chaque région sera composée comme il est indiqué dans le tableau annexé au présent arrêté.

Art. 3. — Les candidats devront être français et docteurs d'une des Facultés de médecine de l'Etat. — Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Ils ne devront pas être âgés de plus de trente ans au jour de l'ouverture du concours. Ils

(1) Cette commission était composée de MM. Bourneville, président et rapporteur; Donnet, médecin-directeur de l'asile de Vaucluse; Giraud, médecin-directeur de l'asile des Quatre-Mares.

auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année au moins comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale. Toute demande sera, en conséquence, accompagnée des pièces faisant la preuve de ce stage, de l'acte de naissance du postulant, ainsi que de ses états de services quelconques. Les candidats seront libres de concourir, à leur choix, dans l'une ou l'autre des régions. Au fur et à mesure des vacances d'emplois qui se produiront dans les asiles publics de la région où ils auront passé le concours, les candidats déclarés admissibles seront désignés au choix des préfets, suivant l'ordre de classement établi par le jury d'après le mérite des examens.

Art. 4. — Un premier concours sera ouvert, en 1888, dans chaque région pour l'application du présent arrêté, à une date qui sera ultérieurement déterminée. Ce concours aura lieu en vue de l'admission de trois candidats dans la région de la Faculté de médecine de Paris et de deux candidats dans chacune des autres régions. — Un nouveau concours n'aura lieu ensuite dans chaque région que lorsque la liste des candidats déclarés admissibles y sera épuisée à une seule unité près.

Chaque concours sera annoncé au moyen d'insertions faites au *Journal officiel* et dans le *Recueil des Actes administratifs* de la préfecture du chef-lieu de chaque région. Tout admissible qui n'aurait pas été pourvu d'un emploi dans un délai de six ans à dater de la date du concours, aurait à se soumettre de nouveau aux épreuves instituées par le présent arrêté, à moins qu'il ne justifiât avoir, dans l'intervalle, été attaché, pendant trois ans au moins, à un asile d'aliénés en qualité d'interne.

A titre exceptionnel, et lorsqu'il y aurait urgence à nommer le médecin adjoint d'un asile dans une région où la liste des admissibles se trouverait épuisée, l'administration supérieure conservera la faculté d'appeler à cet emploi un candidat d'une autre région, à la condition que celui-ci déclarera expressément renoncer au droit qui lui appartient d'obtenir son poste de début dans la région où il a subi le concours. A titre exceptionnel également et

lorsqu'une nécessité d'ordre supérieur le recommanderait, ou encore par mesure disciplinaire, tout médecin adjoint nommé pour son début dans la région où il aura concouru, pourra ensuite être envoyé avec ses mêmes fonctions dans un asile situé hors de cette région.

Art. 5. -- Les médecins adjoints pourront être nommés médecins en chef ou directeurs médecins dans toute la France.

Art. 6. — Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé, dans chaque région : 1° de trois directeurs médecins ou médecins en chef de la région; 2° d'un inspecteur général des établissements de bienfaisance; 2° d'un professeur désigné par la Faculté de médecine de la région. Les directeurs médecins et les médecins en chef appelés à faire partie du jury seront désignés par voie de tirage au sort parmi les docteurs qui remplissent l'une ou l'autre de ces fonctions dans un des asiles publics de la région. Il sera procédé, en outre, au tirage au sort d'un juré suppléant pris également parmi les directeurs-médecins et médecins en chef.

Art. 7. — Les épreuves sont au nombre de quatre:

1° Une *question écrite* portant sur l'*anatomie* et la *physiologie du système nerveux* pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats. Le maximum des points sera de 30; 2° Une *question orale* portant sur la médecine et la chirurgie ordinaires pour laquelle il sera accordé 20 minutes de réflexion et 15 minutes pour la dissertation. Le maximum des points sera de 20; 3° Une *épreuve clinique* sur deux malades aliénés. Il sera accordé 30 minutes pour l'examen des deux malades, 15 minutes de réflexion et 15 minutes d'exposition. L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal. Le maximum des points sera de 30; 4° Une *épreuves sur titres*. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande. Le maximum des points sera de 10. Les points pour cette épreuve devront être

donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

Art. 8. — Ne sera pas soumis aux épreuves du concours institué par le présent arrêté, le chef de la clinique des maladies mentales organisée à l'asile Saint-Anne, lorsqu'il sera chargé des fonctions de médecin adjoint dans cet établissement, conformément aux dispositions des articles 3 et 4 de l'arrêté ministériel du 8 octobre 1879.

Art. 9. — Le directeur de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 18 juillet 1888.

Pour le président du conseil, le sous-sccrétaire d'État,

Signé : Léon Bourgeois.

Nous ne saurions trop applaudir à cette excellente mesure qui réalise un vœu que nous avons depuis longtemps exprimé.

Il nous sera cependant permis de regretter que cette disposition ne soit pas étendue aux places de directeurs-médecins et médecins en chef des asiles. N'est-ce pas décapiter le concours que de le supprimer pour les grades supérieurs et pour les fonctions les plus élevées, alors qu'on l'institue pour les positions inférieures et les fonctions subordonnées ? Le concours du haut en bas de l'échelle, telle est sous un gouvernement républicain et libéral la seule base légitime des promotions, surtout dans l'ordre de la médecine.

Nous regrettons aussi de voir poser comme limite l'âge d trente ans. Dans notre organisation actuelle, plus d'un h nme de mérite peut se trouver empêché par cette disp ition de parcourir une carrière à laquelle ses aptitudes l' iraient destiné. Ne vaudrait-il pas mieux imiter sous ce

rapport les dispositions libérales du concours pour le bureau central des hôpitaux et pour les places d'aliénistes à Bicêtre et à la Salpêtrière ?

Enfin puisqu'on a cru devoir introduire dans le programme des épreuves de *médecine et de chirurgie ordinaires*, pourquoi, dans la composition du jury, n'a-t-on laissé aucune place aux médecins et chirurgiens des hôpitaux ? Un aliéniste de cinquante ans, fut-il illustre, peut avoir oublié la chirurgie sans manquer en aucune façon aux qualités requises pour bien diriger un asile. A mesure que nous avançons en âge, nos connaissances se spécialisent et notre horizon se rétrécit ; on perd en étendue ce que l'on gagne en profondeur.

Dernier point à examiner. La division du concours par régions a-t-elle pour but de marquer les aliénistes dès leur point de départ dans une circonscription limitée dont ils ne pourront plus franchir les limites ? En d'autres termes, un aliéniste de province doit-il renoncer pour toujours à l'espoir de venir à Paris ? Ce serait à la fois une injustice et une maladresse, car plusieurs de nos médecins en chef les plus distingués ont fait en province leurs premières armes. D'ailleurs, il ne faut jamais décourager le travail en limitant les espérances de toute une catégorie d'hommes laborieux, méritants et distingués.

Ces réserves faites, nous applaudissons de tout cœur à cet heureux début qui rend hommage à un grand principe et qui ne peut manquer de produire les plus heureuses conséquences. B. Ball.

Tableau déterminant la circonscription de chacune des six régions où aura lieu un concours (1).

FACULTÉS	ÉCOLES PRÉPARATOIRES	DÉPARTEMENTS	ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS
Paris		Seine.	Sainte-Anne. Vaucluse. Ville-Evrard. Villejuif.
	Caen	Calvados.	
		Manche.	
		Orne.	Alençon.
		Eure-et-Loir.	Bonneval.
	Rouen	Seine-Inférieure.	Saint Yon. Quatre-Mares.
		Eure.	Évreux.
		Seine-et-Oise.	
	Rennes	Ille-et-Vilaine.	Saint-Méen.
		Côtes-du-Nord.	
		Finistère.	Quimper.
		Morbihan.	Lesvellec.
	Nantes	Loire-Inférieure.	
		Vendée.	La Roche-sur-Yon
		Deux-Sèvres.	
		Charente.	Brenty.
		Charente-Inférieure.	Lafond.
		Maine-et-Loire.	Sainte-Gemmes.
	Angers	Mayenne.	La Roche-Gandon
		Sarthe.	Le Mans.
		Vienne.	
	Poitiers	Indre.	
		Creuse.	
		Haute-Vienne.	Naugeat.
	Limoges	Corrèze.	
		Dordogne.	
		Indre-et-Loir.	
	Tours	Loir-et-Cher.	Blois.
		Loiret.	
		Cher.	Bourges.
Lille	Arras	Nord.	Armentières. Bailleul.
		Pas-de-Calais.	Saint-Venant.
	Amiens	Somme.	
		Aisne.	Prémontré.
		Oise.	Clermont.

(1) Pour la répartition des départements entre chaque région, on s'est guidé sur les dispositions de l'arrêté du Ministre de l'Instruction publique en date du 22 juillet 1878, qui a déterminé les circonscriptions des facultés de médecine, des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

FACULTÉS	ÉCOLES PRÉPARATOIRES	DÉPARTEMENTS	ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS
Nancy......		Meurthe-et-Moselle.	Maréville.
	Besançon..	Doubs.	
		Jura.	Dôle
		Haute-Saône.	
		Territoire de Belfort	
		Vosges.	
	Reims.......	Marne.	Châlons.
		Seine et-Marne.	
		Ardennes.	
		Aube.	
		Meuse.	Fains.
Lyon		Rhône.	Bron.
	Dijon........	Côte-d'Or.	Dijon.
		Haute-Marne.	Saint-Dizier
		Nièvre.	La Charité.
		Yonne.	Auxerre.
		Saône-Loire.	
	Grenoble....	Isère.	Saint-Robert.
		Hautes-Alpes.	
		Ardèche.	
		Drôme.	
		Savoie.	Bassens.
		Haute-Savoie.	
		Ain.	
Bordeaux...		Gironde.	Bordeaux. Cadillac.
	Clermont...	Puy-de-Dôme.	
		Cantal.	
		Haute-Loire.	
		Allier.	Sainte-Catherine
		Loire.	
		Lozère.	Saint-Alban.
		Aveyron.	Rodez.
	Toulouse...	Haute-Garonne.	Braqueville.
		Ariège.	Saint-Lizier.
		Gers.	Auch.
		Lot.	
		Tarn.	
		Tarn-et-Garonne.	
		Hautes-Pyrénées.	
		Basses-Pyrénées.	Saint-Luc.
		Landes.	
		Lot-et-Garonne.	
Montpellier.		Hérault.	
	Alger.......	Alger.	
	Marseille...	Bouches-du-Rhône.	Aix. Marseille.
		Corse.	
		Basses-Alpes.	
		Alpes-Maritimes.	
		Var.	Pierrefeu.
		Vaucluse.	Montdevergues
		Gard.	
		Aude.	
		Pyrénées-Orientales.	

NOUVELLES

Nominations. — M. le Dr Caillau, directeur-médecin de l'Asile de Fains (Meuse), est nommé aux mêmes fonctions à l'Asile public de Saint-Dizier (Ariège), en remplacement de M. le De Longeaud, décédé. — M. le Dr Bayle, ancien médecin en chef des asiles public, est nommé directeur à Fains (Meuse) (arrêté du 30 juin). — M. Salveyre est nommé directeur de l'Asile public du Mans (arrêté du 19 juillet). — M. le Dr Guyot, médecin-adjoint à l'Asile de Quatremares, est nommé directeur-médecin de l'Asile public de Châlons (arrêté du 10 août).

Promotions. — M. Barroux, directeur de l'Asile public de Villejuif, est promu à la 2e classe à partir du 17 juillet (arrêté du 28 juin). — Sont promus à partir du 1er juillet: *A la classe exceptionnelle*, M. le Dr Maret, directeur-médecin de l'Asile public d'Auch; — *à la 1re classe*, M. Cullerre, directeur-médecin de l'Asile public de la Roche-sur-Yon; M. le Dr Langlois, médecin en chef à Mareville; M. le Dr Lemoine, médecin-adjoint, à Bailleul; — *à la 2e classe*, M. Germain Cortyl, directeur-médecin, à Alençon; M. le Dr Boubila, médecin en chef, à Marseille (arrêté du 7 août).

Asile de Chalons. — M. le Dr H. Bonnet est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite (arrêté du 10 août).

Nécrologie. — M. le Dr Challand, directeur de l'Asile d'aliénés de Céry, canton de Lausanne. Le Dr Challand était un médecin de notre Faculté de Paris, et il avait

bravement fait son devoir dans nos ambulances pendant la campagne 1870-1871.

Nous avons le regret d'annoncer également la mort de M. le Dr Cadiat, professeur agrégé, directeur du laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine. M. Cadiat avait été l'élève et le collaborateur de Robin. Il laisse des travaux importants d'anatomie générale.

Asile d'aliénés. — On vient d'ouvrir, à Attica, le premier asile d'aliénés de la Grèce. Jusqu'à ce jour, on enfermait les personnes atteintes d'aliénation mentale dans les couvents.

Les adversaires de la loi Roussel. — Il existe encore seize conseils généraux qui refusent toute allocation pour l'application de la loi Roussel, ou n'accordent que des crédits insuffisants.

Au nombre des départements qui ont longtemps contesté l'utilité de cette loi, citons l'Orne et l'Ille-et-Vilaine. Pour donner une idée des services que la loi Roussel a rendu dans ces deux départements, nous détacherons de l'article de M. J. de Crisenoy sur les travaux des conseils généraux le passage suivant : « Dans l'Orne, où l'industrie nourricière est très développée, la mortalité frappait le tiers des enfants placés en nourrice, et les faits les plus révoltants ont été dénoncés par les maires dans l'Ille-et-Vilaine; l'inspecteur a fait interdire une nourrice chez laquelle étaient morts, en dix-huit mois, sept nourrissons âgés de 11 à 50 jours, et qui continuerait encore son honnête commerce si le conseil général n'y avait mis bon ordre. Certaines nourrices et gardeuses tuent sciemment et volontairement les enfants par ce seul motif que l'enfant qui meurt promptement leur gagne dix fois autant que l'enfant vivant. »

Asiles d'aliénés de la Seine. — Par décret rendu en Conseil d'Etat, le service de la recette et la dépense des asiles publics d'aliénés du département de la Seine sera désormais confié à un receveur unique qui prendra le titre de receveur des asiles publics d'aliénés de la Seine.

fonctionnaire remplira, en cette qualité, les fonctions prévues par la loi du 30 juin 1888, c'est-à-dire celles d'agent comptable pour les biens appartenant aux aliénés séquestrés et non interdits.

Asile pour les enfants idiots. — M. le docteur Gadaud a demandé au conseil général d'inviter l'Administration préfectorale à transmettre au ministre compétent un vœu tendant à la création, dans la Dordogne, d'un asile pour les enfants idiots ou aliénés, et à fournir au conseil général, dans une prochaine session, les éléments nécessaires à l'émission d'un vote ferme et définitif.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

— La deuxième session du Congrès international d'anthropologie criminelle s'ouvrira à Paris, le jeudi 1er août 1889, et sera clos le jeudi 8 août. Les séances auront lieu dans le local de la Société d'anthropologie de Paris, rue de l'École-de-Médecine. Le droit d'admission au Congrès est fixé à 20 francs.

Le Comité d'organisation se compose de MM. les docteurs Brouardel, président d'honneur; Théophile Roussel, président; Lacassagne et Motet, vice-présidents; Magitot, secrétaire général, auquel toutes demandes de renseignements et d'admission devront être adressées (8, rue des Saints-Pères, à Paris), et de MM. les Drs Pozzi, Mathias Duval, Ball, Letourneau, Topinard, Hervé, Manouvrier, Bordier, Fauvelle, Delasiauve, Blanche, Mesnet, Laborde, Jules Falret, Collineau, Auguste Voisin, Magnan, Féré, Henri Coutagne, Bournet et de MM. Ploix, Tarde, Alphonse Bertillon et Garaud.

Les questions qui seront discutées au Congrès de 1889, sont :

1° Existe-t-il des caractères anatomiques propres aux cri minels? Les criminels présentent-ils en moyenne certains ca ctères anatomiques particuliers? Comment doit-on int préter ces caractères? (Rapporteur : M. le Dr Mano rier.)

2° De l'atavisme chez les criminels. (Rapporteur : M. le Dr Bordier.)

3° Lorsqu'un prévenu est reconnu coupable, peut on établir, par l'anthropologie criminelle, la classe des criminels à laquelle il appartient ? (Rapporteur : M. R. Garafolo, de Naples.)

4° Des perversions morales et affectives chez les enfants. (Rapporteur : M. le Dr Magnan.)

5° De l'éducation correctionnelle. Réformes en rapport avec les données de la biologie et de la sociologie criminelles. (Rapporteur : M. le Dr Motet.)

6° De l'anthropologie criminelle, considérée comme une branche de l'anthropologie juridique. Sa place dans l'anthropologie. (Rapporteur : M. le Dr Manouvrier.)

7° Les anciens et les nouveaux fondements de la responsabilité morale. (Rapporteur : M. Tarde, de Sarlat.)

8° De la libération conditionnelle. Quels sont, en s'appuyant sur les données de la biologie criminelle, les individus auxquels elle peut être accordée ou devrait être refusée ? (Rapporteur : M. le Dr Semal, de Mons.)

9° Du signalement anthropométrique et descriptif chez les sujets de quinze à vingt ans. (Rapportenr : M. Alphonse Bertillon.)

10° Dégénérescence mentale et simulation de la folie. Rapports réciproques. (Rapporteur : M. le Dr Paul Garnier.)

Paris. — H. Noirot, imprimeur, 22, rue de l'Abbaye.

L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

CHRONIQUE

LA LOI SUR LES ALIÉNÉS

DEVANT LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS (1).

Au moment où la revision de la loi de 1838 va venir devant la Chambre des députés, nous croyons qu'il n'est pas sans intérêt de jeter un rapide coup d'œil sur les travaux de la Commission chargée de l'élaborer et sur les points les plus nouveaux qu'elle ait abordés.

Tout d'abord nous sommes forcés, comme tous ceux

(1) Consulter. — *Rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés*, par M. Théophile Roussel, sénateur (n° 157. — Tome I). — *Notes et documents concernant la législation française et les législations étrangères sur les aliénés.* Annexes au rapport de M. Th. Roussel (n° 157. — Tome II). — *La loi sur les aliénés devant le Sénat*, par M. le Dr Baume. *Annales médico-psychologiques.* Janvier 1886. — Id. Janvier 1887. — *Directeurs ou directeurs-médecins?* par M. Constans. *Annales méd.-psych.* Janvier 1888.

qui ont écrit sur ce sujet, de rendre hommage à cette pauvre loi de 1838, si honnie, si vilipendée, traînée sur la claie, et, dans ces derniers temps, chargée de toutes les iniquités d'Israël, par une Presse trop peu renseignée et encore moins impartiale. MM. Dupré, Roussel, Delsol, Sarrien, Cazelles, ont rendu justice à cette loi humanitaire qui, à l'époque de son apparition, a résolu de si grands progrès, et que la plupart des nations se sont empressées de nous emprunter en tout ou partie. Le seul adverversaire de la nouvelle loi Roussel, M. de Gavardie, ne voulait même pas reviser une loi, qu'avec tout le monde il trouve admirable et discrète envers le malheur. Il ne voulait de réformes que dans le recrutement des directeurs-médecins : — Tant vaut l'homme, tant vaut l'institution.

La nécessité d'une revision de la loi de 1838 s'imposait cependant, mais plutôt pour satisfaire l'opinion publique que pour répondre à un besoin réel.

Tous les lecteurs de l'*Encéphale* connaissent et la loi de 1838 et le remarquable projet de loi de M. Roussel, déjà discuté au Sénat. Nous ne ferons ici que citer les points principaux, ceux sur lesquels portera vraisemblablement la discussion à l'ordre du jour de la Chambre des députés.

Sans vouloir faire du projet de loi une critique aisée, on peut en général lui faire les deux reproches suivants. Tout d'abord sa tendance générale, du premier au dernier article, paraît avoir été surtout de protéger l'aliéné contre les aliénistes. Quant à la question de protéger la société contre les aliénés, elle nous semble avoir été trop négligée. — Puis, reconnaissant que la grande lacune de la loi de 1838 était l'insuffisance de la surveillance des asiles, et la trop grande facilité de

l'internement, on a, comme à plaisir, compliqué les rouages administratifs et les formalités, multiplié les inspecteurs, tout en les débaptisant, et entassé commissions sur commissions.

Le premier article (adopté par le Sénat) établit une distinction plus factice que réelle et plus théorique que pratique entre les aliénés curables et les incurables. Les premiers seront traités dans les asiles publics ou privés, les autres dans des refuges ou des colonies. La création de colonies pour les idiots et épileptiques, depuis si longtemps attendue, ne sera donc plus un mythe. Mais quel médecin osera se prononcer aussi catégoriquement sur le pronostic de la maladie et décerner des brevets d'incurabilité? — Et puis, qu'entend-on par incurables? Si l'on prend le terme au pied de la lettre, les paralytiques généraux et les persécutés seront écartés des asiles et, comme il n'y aura plus ni idiots, ni épileptiques, le médecin-directeur aura bien des loisirs.

Une des principales innovations est, à l'article 6, la surveillance de l'aliéné traité à domicile. Certes, cet article sera d'une application difficile, et, ainsi que l'ont dit au cours de la discussion MM. Roger-Marvaise et Lecombe, il porte atteinte à l'inviolabilité de la famille. Il a néanmoins été adopté, car on a reconnu que ce n'est pas dans les asiles, mais au sein même de la famille que se sont produites les séquestrations inspirées par la cupidité.

Aux articles 11 et 12 nous rencontrons le véritable *clou* de la loi, ce que M. Roussel a appelé la *grande innovation de la Commission du Sénat*. C'est la création, indépendamment des commissions de surveillance administrative et financière, pour chaque département, d'une *commission permanente* comprenant un juge, un

avocat, un avoué, un notaire, un conseiller général, un conseiller de préfecture et un docteur en médecine. Ce dernier, modestement intitulé médecin-secrétaire de la commission permanente, sera la cheville ouvrière de l'édifice. M. le Dr Constans (1) a montré les graves inconvénients de cette création. Il nous a fait un sombre tableau de la situation de ce fonctionnaire écrasé de besogne et de responsabilité, maigrement rétribué, et passant sa vie sur les grandes routes, du chef-lieu à l'asile et chez les aliénés traités à domicile. Le Sénat dans sa délibération, tout en changeant le titre de ce médecin-secrétaire en celui plus pompeux de *médecin-inspecteur*, a un peu adouci et simplifié ses fonctions. Il est probable que cet article 11 sera un des plus discutés à la Chambre des députés.

Les articles 16 à 20 constituent de grandes réformes pour les placements des aliénés, mais seulement pour les placements dits volontaires, car les placements dits d'office ne subissent pas de modification sérieuse. D'après la nouvelle loi (article 20), l'aliéné n'est admis qu'à titre provisoire, et est placé dans un quartier d'observation. Il est visité par deux membres de la commission permanente, dont le médecin-inspecteur, dans les cinq jours. Les pièces sont transmises au tribunal avec l'avis de la commission permanente, et celui-ci statue d'urgence, en chambre du conseil (c'est-à-dire à huis clos), sur la sortie ou le maintien de l'aliéné. Cette procédure paraît constituer un progrès. Mais les intérêts des familles ont failli être gravement lésés. Plusieurs membres de la commission, amis du grand jour, auraient même voulu

(1) Dr Constans. — *Les médecins-secrétaires des commissions permanentes d'après l'article* 11 *du projet de la commission sénatoriale.* In *Annales médico-psychologiques.* Janvier 1887.

que ce jugement fût rendu en séance publique. L'on aurait vu, alors, le même tribunal, qui poursuit si sévèrement la violation, même involontaire, du secret professionnel par le médecin, étaler aux yeux curieux de toute une ville de province, les plaies morales d'une malheureuse famille. Rien ne nous garantit, d'ailleurs, qu'un député zélé ne reprendra pas cette proposition. Cette décision du tribunal paraît donner une satisfaction à l'opinion publique. Mais outre les difficultés pratiques (l'article 21 prévoit d'ailleurs la possibilité pour le tribunal de surseoir à sa décision), on peut se demander ce que seraient, au point de vue médical, ces jugements, sur une question de médecine mentale pure, rendus par des magistrats.

L'article 18 donne le droit à tout aliéné conscient de son état, de se faire recevoir dans un asile. Cette mesure, excellente au premier abord, comble une lacune de la loi de 1838 et est la conséquence naturelle des travaux entrepris par Trélat et depuis lui, sur la Folie lucide. Mais cet article donnera lieu sans doute à de nombreux abus. La porte est ainsi ouverte, comme le fait avec raison remarquer M. le docteur Baume, aux simulateurs, aux farceurs, aux paresseux. Nous savons tous, par expérience, combien les alcooliques abusent de l'asile, où ils trouvent une bonne nourriture, un bon gîte, l'oisiveté et l'absence de soucis.

C'est un énorme progrès, depuis si longtemps attendu par les aliénistes, que la création de quartiers et asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels (articles 38 à 42). Tous les médecins d'asile accueilleront avec un soupir de soulagement cette innovation. Les services seront purgés de tous ces déséquilibrés plus ou moins simulateurs, qui sèment autour d'eux le désordre, mettent le per-

sonnel sur les dents, et qui, dotés d'une irresponsabilité plus ou moins mitigée, réussissent après avoir échappé à Mazas et à la police correctionnelle, à sortir de l'asile la tête haute.

Nous passons les autres articles qui ne règlent que des questions de détail peu intéressantes. Nous citerons seulement l'article 51 qui règle les sorties à titre d'essai, que jusqu'ici l'on ne pouvait employer qu'en usant de subterfuges, et l'article 53 qui réclame de nouvelles formalités pour la réintégration de tout aliéné évadé depuis plus de quinze jours. Ce dernier article constitue comme le dit M. Baume, une prime à l'évasion, et nous forcera à exercer une surveillance plus sévère dans nos services.

En somme, à part quelques desiderata, le projet de loi issu du Sénat, constitue un réel progrès, notamment en ce qui concerne les idiots et épileptiques, les aliénés criminels et les aliénés traités à domicile. On a pu se rendre compte des points litigieux sur lesquels portera vraisemblablement la discussion à la Chambre des députés. Sous peu, nous serons fixés. Nous avons confiance en nos législateurs du Palais-Bourbon, quoique les débats soulevés à la Chambre en 1887 à propos de l'affaire Sellière, ne nous aient pas donné une très haute idée des connaissances, en médecine mentale, de nos représentants.

AFFAIRE BROWNE

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

Par MM. B. BALL et A. MOTET.

Nous soussignés B. Ball et A. Motet commis, par ordonnance de M. Poncet juge d'instruction au tribunal de première instance du département de la Seine, à l'effet d'examiner l'état mental de Browne J.-B., âgé de vingt-six ans, inculpé de meurtre sur la personne de Dussouton,

Serment préalablement prêté, avons constaté ce qui suit :

Le 4 octobre 1887, vers six heures du soir, un jeune homme qui traversait le boulevard Saint-Germain pour rentrer chez lui, fut blessé mortellement d'un coup de pistolet tiré par l'inculpé, qui marchait à quelques pas derrière lui. Arrêté sur-le-champ, le meurtrier, qui ne parle que la langue anglaise, ne put fournir que des explications inintelligibles sur le crime qu'il venait d'accomplir.

L'attentat commis paraissait être l'acte d'un aliéné. L'attitude du prévenu confirme, à première vue, cette manière de voir.

Browne est un homme de taille moyenne, bien proportionné, ayant la tête arrondie, le front développé,

le crâne bien conformé; mais l'expression de la physionomie est vague, le regard égaré, et lorsqu'on lui adresse la parole, il semble sortir d'un rêve. Il ne se rend nullement compte de la gravité de sa position et ne paraît pas comprendre les conséquences qui peuvent résulter de l'acte qu'il vient de commettre. Pressé de questions, il finit par reconnaître qu'il se croit persécuté par « une société politico-religieuse » et qu'il a tué le jeune homme qu'il a rencontré sur le boulevard, parce qu'il en faisait partie. Ce qui le démontre, dit-il, c'est que cet homme lui a donné une preuve manifeste de son mépris en crachant à ses pieds.

Il était indispensable de reconstituer l'histoire du prévenu grâce aux renseignements qui nous ont été communiqués : 1° par la police anglaise; 2° par M. le D[r] Exeter Jordan, médecin de l'asile de Castlebar, où le prévenu a été placé pendant quelques semaines ; 3° par son père; 4° par l'accusé lui-même au cours de nombreux interrogatoires que nous lui avons fait subir.

Browne est né en 1861. Il appartient à une famille honorable et qui ne compte point d'aliénés parmi ses membres. Sa santé a été longtemps délicate, mais il paraît ne pas avoir jamais eu de maladie grave. Son éducation est assez bonne ; il écrit et parle très correctement sa langue. Il était employé du gouvernement dans l'administration chargée de la répartition des terres, et il remplissait convenablement ses fonctions, lorsque tout à coup sans cause connue, on le vit changer de caractère : il devint sombre et taciturne ; il ne parlait plus à personne et à deux reprises différentes, il se montra insolent avec des chefs. Il donna sa démission le 19 septembre 1887, quatre ans après sa nomination. Avant de se retirer, il avait écrit à ses chefs une

lettre qui n'est pas jointe au dossier, mais qui paraît avoir renfermé des marques non douteuses d'un dérangement de ses facultés intellectuelles.

En effet, depuis longtemps, il se croyait poursuivi par la société secrète, dite des « *Invincibles* », qui a commis, comme on le sait, plusieurs assassinats motivés par des causes politiques, et qui a frappé le même jour le vice-roi d'Irlande, lord Cavendish et le secrétaire de l'intérieur, M. Forster. Le retentissement de ce double meurtre fut immense et c'est à ce moment que Browne paraît avoir commencé à nourrir les conceptions délirantes, qui ont fini par s'emparer complètement de son esprit. Il voyait partout des couteaux, il se croyait toujours sur le point d'être assassiné à coups de couteau par les Invincibles et pour se défendre, il était toujours armé d'un revolver chargé.

Il fut interné le 7 juillet 1887 à l'asile d'aliénés de Castlebar, il s'y laissa conduire sans résistance. Il offrait à ce moment les idées de persécutions sur lesquelles nous venons d'insister; mais sa conduite fut tellement sensée et régulière pendant toute la durée de son séjour à l'asile, qu'il fut mis en liberté, à la demande de sa famille le 19 août de la même année.

On le croyait guéri; il n'en était rien. Tourmenté sans cesse par les mêmes idées et les mêmes terreurs, il quitte l'Irlande, le 20 septembre pour se rendre à Paris, où il espérait trouver une place. En passant à Londres· il acheta un revolver, qui lui a servi, quelques jours plus tard, pour frapper sa victime.

En arrivant à Paris, il avait environ soixante-dix francs sur lui. Cette somme fut bientôt dépensée et, pendant plusieurs jours, il dut se priver presque complètement de nourriture. Plusieurs lettres qu'il avait

écrites à ses amis Irlandais, pour leur demander de l'argent, restèrent sans réponse ; il fut dès lors persuadé qu'elles avaient été interceptées par ses persécuteurs. Enfin, se promenant un soir sur le boulevard, ivre de faim et toujours hanté par ses idées de persécution et ses terreurs insensées, il voit passer devant lui un jeune homme qu'il prend pour un de ses persécuteurs : il tire sur lui et le frappe mortellement. Il se croyait, dit-il, en état de légitime défense.

Depuis son arrestation, Browne est parfaitement calme. Il ne manifeste qu'un seul désir, celui d'apprendre la langue française. Il dort bien ; son appétit est régulier, sa santé paraît bonne, et jamais il ne s'est livré à un acte insensé. Il paraît très rassuré sur l'issue de son procès et déclare qu'il serait impossible de le condamner, car au moment où il a tiré sur sa victime, il avait perdu la raison.

Browne est incontestablement un persécuté et un halluciné ; mais le séjour qu'il a fait à Mazas l'a incontestablement calmé dans une certaine mesure. Il en avait été de même lors de sa séquestration dans l'asile de Castlebar, dont il n'aurait jamais dû sortir. Il possède aujourd'hui une demi-conscience de son état ; mais il ne se rend évidemment pas compte de sa position ; ses idées sont vagues, flottantes, sans précision : en un mot, il semble être encore le jouet d'un rêve. Il convient en même temps que ses « *idées* » sont étrangères à la réalité ; mais l'instant d'après, il revient à ses conceptions délirantes et paraît croire qu'une persécution systématique est réellement organisée contre lui.

Il est de la plus haute importance de noter que Browne, d'après les renseignements qui nous sont parvenus, n'a jamais eu des habitudes d'ivrognerie et qu'il

ne présente aucun des signes de l'alcoolisme, soit au point de vue physique, soit au point de vue des facultés intellectuelles.

Nous pensons donc devoir formuler les conclusions suivantes :

1° Browne est un aliéné persécuté.

2° Il n'est pas responsable de ses actes.

3° Il est extrêmement dangereux et doit être placé et maintenu dans un asile d'aliénés (1).

15 novembre 1887.

B. BALL ET MOTET.

Cette tragique histoire, qui s'est dénouée par la mort d'un passant inoffensif, vient encore une fois démontrer le danger des sorties prématurées des aliénés.

Browne se conduisait bien, dit-on, à l'asile de Castlebar, et sans nul doute et le malade et sa famille tourmentaient à l'envi les médecins de cet établissement pour obtenir la mise en liberté de cet homme. Il était cependant profondément aliéné et très dangereux, l'événement l'a bien prouvé.

Browne sera-t-il maintenu indéfiniment dans un asile ? Nous n'oserions l'affirmer; il est fort possible que la famille, avec cette insouciance égoïste qui caractérise les parents des aliénés, insiste pour obtenir son élargissement et finisse par triompher.

Mais ce qui est le plus intéressant à noter, c'est l'état d'esprit du malade. Voici un homme qui a commis un meurtre, qui ne se préoccupe nullement de la respon-

(1) Considérant les conclusions de ce rapport, une ordonnance de non-lieu fut délivrée en faveur de Browne. Après un séjour d'un mois à la Clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, il fut reconduit en Angleterre où on le maintient dans un asile d'aliénés.

sabilité qu'il a encourue et qui attend avec confiance la fin de son procès. « Il serait injuste de me condamner, dit-il, parce qu'au moment où j'ai commis ce crime, j'avais perdu la raison. » Il n'a qu'un seul désir, qu'une seule préoccupation, c'est d'*apprendre la langue française*.

Nous rencontrons souvent dans les asiles ou dans les maisons de santé de vieux aliénés qui déclarent tranquillement qu'ils peuvent tout se permettre, car les tribunaux ont reconnu qu'ils étaient irresponsables. Cet état d'esprit, plus commun qu'on ne le pense, ne justifie-t-il pas un certain degré de sanction pénale à l'égard de ces individus, qui tout en étant fous sont cependant assez lucides pour apprécier tous les avantages de leur position ? Tout au moins une séquestration perpétuelle dans un établissement spécial devrait-elle intervenir non seulement pour protéger la société contre de pareils attentats, mais aussi pour imprimer dans l'esprit de ces fous lucides la conviction salutaire qu'ils ne peuvent pas tout se permettre et que, dans certains cas, une répression spéciale peut les atteindre.

B. B.

LES AMNÉSIES

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE, ÉTIOLOGIE, CLASSIFICATION

Par le Dr ROUILLARD
Chef de clinique des maladies mentales

L'étude des amnésies constitue un chapitre de pathologie générale, fort intéressant d'abord et surtout fort important au point de vue du diagnostic et du pronostic. Et cependant le symptôme amnésie n'a pas en médecine la place qu'il mérite d'occuper. Ses historiographes médicaux sont peu nombreux. Dans la pratique journalière même, il est fort négligé. Lorsqu'il est cité on n'en fait pas assez de cas, et on ne le fait pas, généralement du moins, intervenir comme base sérieuse de diagnostic. Cela tient à ce qu'on ne fait pas produire à l'amnésie tout ce qu'elle peut donner.

Nous le voyons tous les jours dans les asiles d'aliénés, sur les certificats médicaux, et dans des observations plus détaillées. J'ai feuilleté plusieurs centaines d'observations, émanant des asiles, ou des différents services des hôpitaux de Paris. Je trouvais la rubrique « affaiblissement de la mémoire », mais rien de plus.

Pourtant, lorsque l'on constate chez un malade un râle ou un souffle, on ne se contente pas de cet énoncé, on décrit, et son siège et son timbre et son rythme. Que

penserait-on d'une observation où seraient signalés des troubles de la sensibilité, sans qu'on n'indiquât ni leur nature, ni leur acuité, ni leur durée, ni leur répartition géographique ?

Le peu d'importance que l'on donne au symptôme amnésie tient à deux causes principales. D'abord à la difficulté du diagnostic. Le diagnostic de l'amnésie paraît, au premier aspect, des plus faciles. Dans quelques cas cependant, la chose n'est pas toujours aisée ; certains vieillards, par exemple, certains paralytiques généraux, certains alcooliques, se vantent d'avoir conservé toute l'intégrité de leur mémoire. Les malades ont rarement conscience de l'affaiblissement de cette faculté. Une grande attention et plusieurs examens successifs sont nécessaires pour saisir le début d'une amnésie qui ne porte le plus souvent que sur les portions insignifiantes de souvenirs, sur certains faits ou sur des mots. Du reste, il est difficile, au début d'une amnésie progressive, d'un affaiblissement de la mémoire, si l'état intellectuel antérieur du malade n'est pas bien connu du médecin, il est difficile, dis-je, de se rendre compte du trouble, de son importance, de son étendue.

Il faut convenir aussi que l'amnésie n'est pas toujours un symptôme de premier ordre. On la rencontre bien rarement seule. Elle complique un grand nombre d'états et est accompagnée d'autres troubles intellectuels ou physiques, auxquels, non sans raison, on accorde une plus grande importance. Malgré ces défauts, la constatation de l'amnésie apporte au diagnostic un élément précieux qui n'est pas à dédaigner.

Si les médecins ont peu écrit, vu l'importance du sujet, sur les amnésies, par contre les philosophes, et principalement ceux de l'Ecole écossaise, ont étudié à

fond la mémoire et son fonctionnement. Je ne citerai parmi eux que deux philosophes éminents qui ont écrit sur cette question : Taine (*de l'Intelligence*), et M. Ribot (*les Maladies de la mémoire*).

On ne peut parler de l'amnésie sans avoir au moins défini la mémoire, de même qu'on ne peut faire de l'anatomie pathologique sans connaître l'anatomie normale. La mémoire, d'après Littré, est la faculté de rappeler les idées et la notion des objets qui ont produit les sensations. — Cette courte définition implique deux propriétés essentielles de la mémoire; la conservation, et la reproduction. M. Ribot insiste avec raison sur un troisième élément, exclusivement psychologique et comme surajouté aux deux autres, la localisation des souvenirs dans le passé. Cet élément perfectionne les deux autres, leur donne de la cohésion et de la précicion, c'est l'apport de la conscience dans le fait de la mémoire; mais rien de plus. Le mot Mémoire est donc une expression synthétique qui représente un ensemble de phénomènes physiologiques nombreux et de même nature, lesquels sont des phénomènes de mémoire. En d'autres termes, il n'y a pas une mémoire, entité métaphysique, il n'y a que des mémoires, phénomènes biologiques. M. Ribot a eu, de la mémoire, une conception vraiment moderne, vraiment scientifique, vraiment conforme à la réalité des faits, lorsqu'il a pris comme base de son beau livre la mémoire biologique. Le vrai type de la mémoire organique, est dans ce groupe de faits que M. Ribot, après Hartley, nomme « actions automatiques secondaires » par opposition aux actes automatiques primitifs. Ces mouvements acquis constituent le fond même de notre existence. Le plus élémentaire en apparence, la locomotion doit être

acquis et ne fonctionne que grâce à une coordination inconsciente et que l'habitude rend toute naturelle et toute simple. Il en va de même pour des mouvements plus compliqués et plus artificiels, tels que l'apprentissage d'un métier manuel, les jeux d'adresse, etc.

La maladresse n'est que le résultat d'une mauvaise mémoire organique. — Il serait fort intéressant pour le médecin de rechercher les troubles de cette mémoire organique. Le cadre restreint de cette courte esquisse ne me le permet pas. Mais n'est-il pas logique de supposer par exemple (toute question d'anatomie pathologique à part), que la maladresse si connue des paralytiques généraux au début, est en relation avec l'affaiblissement de la mémoire métaphysique qu'ils présentent tous et qui imprime à la maladie son caractère démentiel? C'est la conception que paraît s'en être fait M. Christian. On sait que ce savant aliéniste avance que, si les paralytiques généraux deviennent gâteux, ce n'est pas en vertu d'une paralysie des muscles organiques et d'une inertie des sphincters, mais parce qu'ils oublient d'uriner et d'aller à la selle en temps opportun. Il est d'ailleurs vraisemblable que nos souvenirs ne sont que la mémoire organique de certaines cellules de l'encéphale, comme la locomotion et l'écriture sont le résultat de la mémoire des fibres nerveuses périphériques et des fibres musculaires.

Quoi qu'il en soit, il nous faut revenir à nos deux principaux éléments de la mémoire, la conservation et la reproduction. Un seul peut être lésé, et il est facile de comprendre que si la faculté reproductrice est seule suspendue, les souvenirs de la maladie peuvent être récupérés. Nous en avons un exemple frappant dans la stupeur mélancolique, si bien décrite par Baillarger.

La mémoire ici n'est point détruite, et quoique les malades soient plongés dans un état qui les faisait autrefois prendre pour des idiots, on sait que, revenus à l'état normal, ils peuvent raconter en détail les hallucinations terrifiantes auxquelles ils étaient en proie. C'est le contraire que nous voyons dans l'attaque et le vertige épileptiques, où la mémoire est momentanément annihilée. Aussi, l'amnésie est-elle ici irréparable, la conservation des souvenirs n'ayant pas eu lieu.

Comme toute faculté, comme tout organe, la mémoire peut éprouver des troubles morbides de deux sortes. Ou elle est exaltée dans son fonctionnement, ou elle est diminuée, détruite même en totalité ou en partie, De là, deux groupes distincts, opposés l'un à l'autre : l'exaltation de la mémoire ou *hypermnésie*, la diminution de la mémoire ou *amnésie*.

L'hypermnésie est aussi rare que l'amnésie est fréquente. Il y a lieu du reste de faire ici une distinction. On qualifie souvent d'hypermnésie des cas qui ne sont qu'une disposition physiologique au-dessus de la normale. Je ne puis, pour ma part, admettre comme hypermnésie le cas de Mozart, notant de mémoire le *Miserere* de la chapelle Sixtine, celui d'Horace Vernet, faisant de souvenir le beau portrait du Frère Philippe, les facultés étonnantes de Velpeau, du berger Mondheux, de tant d'autres phénomènes comme on en voit tous les jours. Un hypermnésique n'est qu'un homme doué d'une heureuse mémoire. — Je dois convenir cependant que certaines hypermnésies sont vraiment dignes de ce nom et rentrent dans le domaine de la pathologie. Telle est par exemple cette hypermnésie des intoxications légères, et que provoque, à son début, l'ivresse de l'alcool, du haschich, de l'opium. Une frayeur vive produit le même

effet. Enfin, l'hypermnésie est des plus curieuses dans les états somnambuliques, extatiques, hystériques, maniaques, en particulier dans la période d'exaltation de la folie circulaire, enfin dans la période prodromique de certaines affections cérébrales. Dans ces cas, les malades sont eux-mêmes surpris de la vivacité accrue de leur mémoire, et ils étonnent les assistants par la richesse, la multiplicité et la précision de leurs souvenirs relativement à des faits qui paraissaient depuis longtemps effacés de leur mémoire.

L'hypermnésie est donc un trouble d'une importance toute secondaire. L'amnésie mérite au contraire qu'on s'y arrête. Prévenons d'abord une confusion possible, et qui serait regrettable. Ce serait une erreur de confondre aphasie avec amnésie. On n'a pas encore déterminé la part de l'amnésie dans l'aphasie, part peut-être plus grande qu'on ne se l'imagine, car il y a dans l'aphasie plus qu'un trouble du langage, il y a souvent un trouble mental dont l'importance n'a échappé à personne. Mais, pas d'ambiguïté. Ces deux termes désignent des états différents. L'anatomie pathologique de l'aphasie est bien connue, celle de l'amnésie est encore à trouver. La mémoire, en effet, est une faculté dont le siège anatomique est inconnu jusqu'ici. Il est du reste vraisemblable que la mémoire n'a pas une localisation spéciale, mais bien une localisation disséminée. Chaque cellule aurait sa mémoire propre. Une lésion grave ou nettement délimitée n'est pas nécessaire pour produire un trouble de la mémoire. Et M. Motet pense avec raison qu'un trouble local de la circulation encéphalique, transitoire, soit hypérémie, soit ischémie, peut déterminer la perte temporaire des souvenirs.

L'anatomie pathologique et la physiologie pathologi-

que étant encore dans le monde des hypothèses, c'est bâtir sur le sable que d'échafauder sur elles une classification. Je pense bien, comme le dit fort judicieusement M. Camuset, que les seules classifications vraiment scientifiques sont les classifications anatomiques. Mais encore faut-il que cette anatomie soit connue. Nous n'en sommes pas encore là; et le jour où l'anatomie pathologique des amnésies serait réalisée, les classifications anatomiques données jusqu'ici seront peut-être bien compromises.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur les amnésies depuis Sauvages (qui les divisait en quinze groupes) se sont préoccupés de les classer. Je ne citerai que les principaux.

M. Legrand du Saulle (*Gazette des Hôpitaux*, 1884), constitue d'après l'anatomie physiologique quatre groupes principaux d'amnésies : 1° Amnésies se rattachant à des vices de structure ou à des lésions anatomiques de la substance cérébrale (idiotie, hydrocéphalie, microcéphalie, paralysie générale, ramollissement, hémorrhagie cérébrale, etc.); 2° amnésies dépendant d'un trouble fonctionnel primitif des cellules nerveuses (émotion, frayeur, fatigue, commotion cérébrale, traumatisme, grandes névroses, épilepsie, hystérie, etc.); 3° amnésies par trouble de la circulation cérébrale (anémie, congestion, amnésie des vieillards, etc.); 4° amnésies par altération du sang, par infection ou toxémie (alcoolisme, saturnisme, diabète, fièvre typhoïde, etc.). — Fort séduisante au point de vue anatomique, cette classification a des défauts, au point de vue clinique, qui sautent aux yeux. Mettre côte à côte l'amnésie congénitale de l'idiot avec l'affaiblissement progressif de la mémoire chez le paralytique général, qui a pu être un homme d'une intel-

ligence élevée et d'une mémoire excellente! Grouper avec l'amnésie progressive et souvent curable du traumatisme l'amnésie nette et irrémédiable de l'épilepsie! Assimiler l'alcoolisme (où l'amnésie est proportionnelle à l'intoxication) à la fièvre typhoïde dont les formes bénignes sont aussi dangereuses pour la mémoire que les formes graves!

M. Auguste Voisin (Art. *Amnésie* du Dictionnaire Jaccoud), a paru préoccupé surtout de grouper les amnésies d'après l'étiologie. Il a divisé en six classes les causes de l'amnésie, laissant de côté l'amnésie des idiots, à laquelle il joint l'amnésie à la suite de fièvre typhoïde, de méningite, de convulsions, etc. : 1° traumatisme; 2° affections du cerveau et de ses enveloppes; 3° cachexies et intoxications chroniques (plomb, mercure, syphilis, alcool), « peut-être, dit-il, l'habitude de beaucoup fumer dans des pipes closes », fièvre typhoïde, maladies virulentes, hémorrhagies, excès; 4° névroses (épilepsie, chorée); 5° opium, belladone, jusquiame, ciguë, datura, hachisch, alcool déterminant une amnésie passagère; 6° sénilité, amnésie particulière des vieillards.

Cette classification est critiquable à bien des points de vue. Par quel artifice peut-on ranger sur une même ligne, la syphilis, l'alcool, le tabac, la fièvre typhoïde? Cette troisième classe est le groupement pêle-mêle de causes si diverses qu'il semble que, pour les réunir, on ait tiré au sort dans la table des matières d'un dictionnaire. On peut se demander aussi comment l'alcool figure dans la cinquième classe lorsqu'il détermine des troubles passagers, et se trouve dans la troisième classe, lorsqu'il provoque des troubles plus graves. L'augmentation de la dose d'alcool procure donc à celui-ci de

l'avancement comme aux fonctionnaires d'une administration.

En résumé, les classifications proposées par les médecins ne brillent pas par la rigueur scientifique, et n'apportent pas d'élément sérieux à la clinique. Quant aux philosophes, il est tout naturel qu'ils aient établi leurs classifications, en se plaçant exclusivement sur le terrain psychique, en se basant sur les ressemblances et les différences.

Ainsi, M. Ribot divise les amnésies en *partielles*, qui peuvent être limitées à une seule catégorie de souvenirs, et laissent le reste intact, en apparence au moins; et en amnésies *générales*, qui affectent la mémoire tout entière, sous toutes ses formes et coupent en deux ou plusieurs tronçons notre vie mentale. Ces amnésies générales affectent les quatre formes suivantes : 1° amnésies temporaires; 2° amnésies périodiques; 3° amnésies à forme progressive; 4° amnésie congénitale. Quant aux amnésies partielles, elles se rattachent plus ou moins directement à l'aphasie et à ses différentes formes, et ne rentrent pas dans notre cadre.

Préoccupé de concilier les exigences de la clinique et celles de la psychologie; convaincu également qu'une classification ne doit pas être seulement théorique, mais doit avoir un but pratique, j'ai imaginé une classification, que j'ai déjà exposée ailleurs (1), et qui, basée sur l'étiologie, tient compte des formes de l'amnésie. Elle est combinée de telle sorte que la constatation d'une cause d'amnésie, fasse prévoir quelle sera sa forme, et réciproquement, la forme d'une amnésie étant don-

(1) Rouillard. — *Essai sur les Amnésies, Etiologie des troubles de la Mémoire*. Thèse de Paris, 1885.

née, on peut trouver à quel groupe de causes elle appartient.

Premier groupe. — Amnésie congénitale.

Deuxième groupe. — Amnésie par traumatisme.

Troisième groupe. — Amnésie liée à des maladies de l'encéphale.

Quatrième groupe. — Amnésie liée aux grandes névroses.

Cinquième groupe. — Amnésie succédant à des maladies aiguës, et aux influences dépressives, débilitantes.

Sixième groupe. — Amnésie par intoxication.

Sans décrire, à proprement parler, chacune de ces amnésies, il me faut cependant énumérer leurs principaux caractères et exposer les raisons qui m'ont poussé à adopter cette classification.

1° *Amnésie congénitale.* — Ce groupe comprend tous les états dans lesquels on constate un arrêt de développement des facultés intellectuelles. Tels sont l'idiotie, l'imbécillité, ou même la simple faiblesse d'esprit, le crétinisme et les états crétineux et crétinoïde. Cette amnésie mérite bien une classe à part, car elle n'a avec les autres aucun point commun. Ce n'est pas une perte de mémoire, c'est une absence de développement de la mémoire. On connaît la fameuse comparaison d'Esquirol, qui s'applique à la mémoire comme aux autres facultés. « L'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois, c'est un riche devenu pauvre ; l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère. » Mais dans l'idiotie il y a des degrés, depuis l'abaissement profond, jusqu'à une quasi-intelligence qui permet à l'imbécile d'exercer un métier. L'idiot peut reconnaître les personnes qui l'entourent et lui donnent des soins ; mais

l'attention manque et la mémoire est à peine ébauchée. Chez l'imbécile le développement inégal de la mémoire est des plus curieux. L'amnésie porte en effet sur certaines parties, sur certaines mémoires qui sont absolument nulles, tandis que telle ou telle mémoire sera développée à un si haut degré de perfection qu'on serait presque tenté de l'appeler hypermnésie. Et c'est vraiment un contraste curieux que cette hypertrophie de la mémoire comparée à une intelligence imparfaite ou nulle. Le même fait s'observe avec des nuances variables chez les individus normaux. Mais on aurait tort de prétendre, comme l'ont fait certains auteurs, que la mémoire est en raison inverse de l'intelligence. Si cela peut se constater dans certains cas, on ne peut généraliser cette proposition et en faire une loi.

2° *Amnésie traumatique.* — L'amnésie traumatique (la plus intéressante et la mieux étudiée) forme un type à part bien net, tant au point de vue étiologique qu'au point de vue clinique. Liée intimement au traumatisme qui la produit, elle présente tous les caractères des lésions traumatiques. L'apparition de l'amnésie est soudaine; elle ne se produit pas petit à petit, elle survient en même temps que le choc. De même qu'on observe tous les degrés dans l'étendue des lésions crâniennes, de même l'on voit tous les degrés dans l'amnésie. Tantôt la mémoire sombre tout à coup, ainsi que les autres parties de l'intelligence, tantôt l'amnésie naît, évolue et disparaît, toujours solitaire.

Elle peut même ne porter que sur le souvenir de l'accident, et l'on voit des blessés, ayant conservé toute la lucidité de leur intelligence et la conscience parfaite de leur état, exempts parfois de blessures externes, dans l'impossibilité absolue de raconter l'accident, aller quel-

quefois jusqu'à le nier. M. Azam dans son beau travail sur les traumatismes cérébraux (*Archives générales de médecine*, 1881) en a cité de nombreux exemples. Quant à la durée de cette amnésie, elle est des plus variables, et peut être de plusieurs mois, de plusieurs jours, de quelques heures et même de quelques minutes. La façon dont se fait la restauration de la mémoire est fort intéressante et montre bien le mécanisme de cette faculté. Les faits se gravent dans la mémoire selon un ordre chronologique et du simple au composé. On voit les souvenirs revenir dans le même ordre, les plus anciens et les plus simples précédant les plus récents et les plus compliqués, et cela couche par couche dans un ordre presque mathématique.

En plus de ces deux caractères de soudaineté et de curabilité, l'amnésie traumatique présente deux particularités intéressantes. D'abord, le point le plus curieux, le point capital et caractéristique de l'amnésie par traumatisme est l'abolition, non pas seulement du souvenir de l'accident et des faits postérieurs, mais la perte du souvenir de tout ce qui s'est passé pendant une période de temps plus ou moins longue, *antérieure à l'accident*. C'est ce que M. Azam a bien décrit sous le nom d'*amnésie rétrograde d'origine traumatique*. Tel est le cas cité par M. Rendu, de cette dame qui, blessée à Compiègne, est tout étonnée de se trouver dans cette ville, ne se rappelant pas avoir quitté Paris. Les faits de ce genre se comptent par centaines. Mais rappelons-nous que ces faits d'amnésie rétrograde sont tous traumatiques. On peut à la suite d'un traumatisme, observer des cas bizarres. Le blessé continue à vaquer à des occupations *habituelles* et ne conserve pas le moindre souvenir des actes accomplis ainsi avec une conscience apparente.

C'est un véritable *automatisme* de la mémoire. La mémoire métaphysique et consciente est suspendue, seule la mémoire biologique a continué son fonctionnement. Mais, je le répète, le blessé n'a accompli que des actes habituels, semblable à ces gens, qui, étant ivres, regagnent leur domicile, se couchent et au réveil sont tout étonnés de se trouver dans leur lit, ayant complètement perdu le souvenir de leur débauche et des lieux où elle s'est passée. Ces cas d'automatisme sont peu fréquents. J'en ai communiqué un à la Société médico-psychologique, en 1885. Il s'agissait d'une sage-femme qui, à la suite d'une chute dans son escalier, la nuit, avait six heures durant, assisté une femme dans un accouchement normal. Elle n'avait repris conscience d'elle-même qu'au moment où l'accouchement était sorti de la normale, la malade ayant eu une hémorrhagie épouvantable. Les épileptiques et les somnambules accomplissent de ces actes automatiques et inconscients, mais il faut se rappeler qu'en l'absence de toute névrose, le traumatisme peut produire les mêmes effets.

Dans ma classification, j'assimile au traumatisme ordinaire, le *traumatisme moral*, constitué par une peur, une émotion vive, un chagrin comme la perte subite d'une personne aimée et des revers de fortune imprévus. Il n'y a pas ici de choc physique, c'est vrai, mais le choc moral, outre qu'il survient dans des conditions de soudaineté identiques, imprime à l'amnésie qu'il provoque, les mêmes caractères. Ces cas sont peu nombreux; M. Arnozan (*Encéphale*, 1888, n° 5) en a publié récemment un fort curieux.

3° *Amnésie liée à des maladies de l'encéphale ou de ses enveloppes.* — « Tout homme qui a été atteint d'une affection cérébrale de quelque intensité, éprouve une

diminution plus ou moins notable de la mémoire » (Ball). La caractéristique de ce groupe d'amnésies est qu'elles sont toutes des *amnésies progressives*. En effet, la cause qui leur donne naissance (ramollissement cérébral, sclérose en plaques, paralysie générale des aliénés, atrophie et dégénérescence séniles etc.) est une lésion cérébrale à marche essentiellement envahissante et progressive. La maladie fait chaque jour des progrès, avec ou sans rémissions. De même la mémoire se détruit petit à petit, progressivement et couche par couche. Au début ce n'est que très peu de chose. C'est plutôt de la *dysmnésie* (mot très heureux créé par Louyer Villermay et qui n'a pas subsisté), c'est-à-dire un léger affaiblissement de la mémoire. Le malade a des absences, de fréquents oublis. L'amnésie ne porte d'abord que sur des faits récents. Les événements de la veille sont effacés le lendemain, ils ne prennent pas racine, ne s'implantent pas solidement dans un terrain déjà désorganisé. La mémoire des noms, et principalement celle des noms propres, partira la première, c'est elle, en effet, la moins tenace car c'est elle qui évoque le moins d'idées sympathiques. Puis la mémoire des faits, non seulement journaliers, mais des mois, mais de l'année qui précèdent, s'effacera. Et l'amnésie gagnera une, deux, plusieurs années ; il ne restera bientôt plus que les souvenirs de l'enfance, les plus enracinés, qui bientôt tomberont à leur tour.

Deux affections présentent surtout un exemple bien net de cette amnésie progressivement envahissante, la sénilité et la paralysie générale. Il faut assimiler l'amnésie des vieillards à celle des maladies de l'encéphale. Il n'y a pas en effet dans la vieillesse, qu'un affaiblissement et un état anémique, il y a une vraie dégénérescence avec lésions des cellules nerveuses. Ce

n'est donc pas que la forme progressive de l'amnésie, c'est aussi l'étiologie qui la fait ranger dans notre troisième groupe. Quant à l'amnésie de la paralysie générale, je n'en parlerai pas plus longuement. C'est un type et qui a consciensieusement été étudié ailleurs (Dr Bondon. Thèse de Paris, 1886). La constatation de l'amnésie est indispensable au diagnostic paralysie générale. J'ai vu un malade, mort depuis, à Vaucluse (Voir *Annales médico-psychologiques*, 1888), chez lequel pendant un an, l'amnésie a été le seul symptôme appréciable. Les autres troubles ont suivi et ont forcé la main au diagnostic que l'amnésie avait fait entrevoir.

Avant de quitter cette question, je dois faire remarquer que les affections mentales sans lésions connues (du moins jusqu'ici), les vésanies, sont caractérisées par l'intégrité de la mémoire. L'hypermnésie se voit dans les états maniaques, mais l'amnésie est toujours absente, sauf dans la démence naturellement. (Voir Baret. *De l'état de la mémoire dans les vésanies*. Thèse de Paris 1887.) « Lorsqu'un malade guéri, dit Griesinger, déclare ne plus rien se rappeler de tout ce qui s'est passé pendant sa folie, ce dire ne doit être accepté qu'avec réserve, parce que souvent la honte lui fait taire des souvenirs exacts. »

4° *Amnésie liée aux grandes névroses.* — L'amnésie est le signe pathognomonique du somnambulisme et de l'épilepsie. Cette amnésie a le type *périodique*, et ce n'est qu'ici seulement qu'on peut rencontrer cette forme d'amnésie. On peut prendre comme type ces cas de somnambulisme naturel comme M. Azam en a rapportés. On connaît l'histoire de sa fameuse malade, Félida, qui passait de la *position prime* ou état normal, à la *position seconde* ou état de somnambulisme et réciproque-

ment, plusieurs fois par an. D'un caractère complètement différent et opposé dans la position prime, elle n'y conserve aucun souvenir de ses accès de condition seconde. « Tout est oublié, dit M. Azam, ou plutôt rien n'existe, affaires, circonstances importantes, connaissances justes, renseignements donnés, c'est un chapitre de la vie, violemment arraché, c'est une lacune impossible à combler. »

Le même dédoublement des facultés, et notamment de la mémoire s'observe dans le somnambulisme provoqué, quoique à un degré de moindre perfection. On sait tout le parti qu'on en a récemment tiré pour la suggestion. — Ce n'est pas sans raison que je rattache à ce groupe important l'épilepsie et son amnésie. MM. Ball, Prosper Despine, Falret et de nombreux auteurs ont affirmé hautement la relation entre l'automatisme épileptique et l'automatisme somnambulique. Le délire épileptique présente comme le somnambulisme lui-même, des formes nombreuses et variées, mais se caractérise par la perte complète de la conscience, l'amnésie et l'automatisme des actes acomplis sous son influence. Epileptique et somnambule perdent tous deux subitement conscience et du monde extérieur, et de leurs propres actes. Tous deux, revenus à l'état normal, ont complètement perdu la mémoire de tout ce qui s'est passé pendant cette absence. Mais il y a ici une différence capitale qui sépare les deux névroses.

Le somnambule en position prime n'a pas le souvenir des actes de la position seconde, mais s'il retombe en position seconde, il retrouvera intégralement la mémoire des actes précédents de cette même position. Au contraire, chez l'épileptique, le dédoublement de la personnalité n'existe pas, ou du moins, il n'y a pas chez

lui une double vie complète et parfaite. Au point de vue de la mémoire, on peut dire qu'il y a vie pendant l'état normal, et mort pendant le vertige. Un épileptique n'a jamais retrouvé dans un vertige le souvenir des actes du vertige ou de l'attaque précédents, quoique bien souvent les vertiges ne soient que la copie les uns des autres. Quoi qu'il en soit, on voit que cette amnésie est bien nettement une amnésie périodique.

5° *Amnésie succédant à des maladies aiguës et aux influences dépressives, débilitantes.* — Cette amnésie n'affecte pas un caractère bien spécial. Son intensité et sa durée sont variables comme le sont les causes qui la produisent. « Toutes les influences dépressives, débilitantes, peuvent être cause d'amnésie. » Cette phrase de M. Motet montre bien l'influence considérable de l'anémie sur la mémoire. En dernière analyse, l'amnésie est bien souvent causée par une irrigation insuffisante du tissu nerveux. L'exercice normal de la mémoire suppose une circulation active et un sang riche en matériaux nécessaires pour l'intégration et la désintégration (Ribot). Dès que cette activité s'exagère, il y a tendance vers l'excitation morbide ; dès qu'elle s'abaisse, il y a tendance vers l'amnésie. — Les amnésies de ce groupe ont donc comme caractéristique qu'elles succèdent à une fatigue nerveuse de quelque origine qu'elle soit, à un mauvais état général. Aussi les voit-on après la fièvre typhoïde, le typhus, les fièvres éruptives, le choléra, les maladies du cœur, le rhumatisme, les cachéxies, les maladies utérines et la puerpéralité, les grandes hémorrhagies, les excès de fatigue physique ou de travail intellectuel, la masturbation, etc. Elles ont aussi ceci de particulier qu'elles présentent une tendance naturelle vers la guérison, et que dans les cas d'épuisement et d'anémie par

exemple, un régime tonique et réparateur suffit pour ramener la mémoire à son niveau normal.

6° *Amnésie par intoxication.* — Ce dernier groupe encore plus net que les précédents a des caractères bien tranchés. C'est un groupe vraiment étiologique et clinique à la fois. — En effet, un grand nombre de ces amnésies sont précédées d'une phase hypermnésique que produisent certains toxiques assimilés à petites doses, puis, dans sa marche, l'amnésie a le caractère progressif, mais caractère en rapport intime avec l'intoxication, se ralentissant lorsque celle-ci se ralentit, accélérant sa marche lorsque l'intoxication continue et prenant au contraire un caractère régressif et tendant vers le retour à l'état normal, lorsque l'intoxication a cessé. *Sublatâ causâ, tollitur effectus.* De même que l'amnésie peut devenir irrémédiable si l'intoxication a été poussée trop loin, on observe dans certaines intoxications du coma, des attaques apoplectiformes ou épileptiformes. L'amnésie de ces états vient se greffer sur l'amnésie toxique et aggrave considérablement son pronostic. Toutes ces questions ont bien été étudiées dans deux thèses récentes. (M. Bailée. *Troubles de la mémoire dans l'alcoolisme*, 1886. — Cacarrié. *Les amnésies toxiques*, 1887.) Au point de vue qui nous occupe, on peut classer les toxiques en deux groupes : ceux d'origine minérale et ceux d'origine végétale. Les premiers ne connaissent pas la phase d'hypermnésie qui est de règle chez les seconds. Le plomb amène une amnésie grave, tenace surtout dans l'encéphalopathie saturnine à forme démente d'emblée. — Le mercure détermine un affaiblissement progressif de la mémoire qui n'est considérable que chez les vieux intoxiqués (les mineurs d'Almaden par exemple) et qui est peu fréquent dans l'hydrargyrisme thé-

rapeutique. — Il en est de même de l'oxyde de carbone, du sulfure de carbone et de la nitro-benzine.

Avec les poisons d'origine végétale, il y a d'abord une exaltation de la mémoire et une hypéridéation qui atteignent leur apogée dans l'intoxication par les narcotiques, le hachisch, l'alcool. Le tabac produit peu d'excitation initiale et n'amène à sa suite que fort peu d'amnésie. Comme je l'ai dit ici même (*Encéphale*, 1886) cette amnésie, très fréquente, mais d'un pronostic bénin, porte surtout sur les mots, les chiffres, rarement sur les idées et les faits. L'alcoolisme aigu, l'ivresse, détermine une amnésie complète, mais temporaire. L'alcoolisme subaigu, et l'alcoolisme chronique amènent un affaiblissement progressif de la mémoire pouvant aller jusqu'à la démence.

En résumé, on voit que dans notre classification, à chaque groupe de maladies ou d'états similaires, se rattache une amnésie ayant ses caractères, sa marche et son pronostic propres. Il est donc facile, étant donnée une amnésie, de voir à quel groupe elle appartient. Connaissant également une maladie dont le diagnostic est fait d'ailleurs par d'autres symptômes, on peut pronostiquer la marche de l'amnésie, sa durée probable et ses chances de curabilité.

DU DÉLIRE RÉCURRENT

ÉTUDE DE PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE

Par G. DESCOURTIS

A l'état normal, il nous est presque toujours facile de retrouver une sensation à l'origine de chacune de nos associations d'idées. Les mille incidents de la vie quotidienne, les sollicitations continuelles de notre sensibilité générale ou spéciale, font naître, souvent à notre insu, des idées qui s'enchaînent plus ou moins logiquement entre elles, mais qui reconnaissent un point de départ identique, une sensation.

La même chose se passe dans le rêve de l'homme bien portant et dans le délire des aliénés.

Certains auteurs ont fait une étude spéciale du rêve envisagé à ce point de vue, et nous ne connaissons personne qui ait poussé cette délicate analyse aussi loin que Maury. Il a expérimenté sur lui-même, et a établi une série d'observations destinées à montrer dans quelles limites interviennent en rêve les impressions réelles des sens (1). Il en conclut que les sensations extérieures entrent pour une bonne part dans les rêves, qu'elles en sont souvent le point de départ, et que l'es-

(1) A. Maury. — *Le sommeil et les rêves*, Paris, 1878, p. 153 et suiv.

prit s'exagère toujours l'intensité de ces sensations.

Quant aux aliénés, tout le monde sait avec quelle facilité on leur suggère des idées par un mot, un simple geste. Ils sont incapables de résister à leur automatisme cérébral, à des associations d'idées que nous ne comprenons pas, mais au milieu desquelles les sensations extérieures jouent un rôle important.

Ainsi nous voyons qu'une sensation quelconque appelle une idée en rapport avec elle, et, à cette idée, s'en ajoutent d'autres, en vertu d'associations préétablies.

Au contraire, dans certains cas, l'impression sensorielle ne constitue plus le point de départ apparent d'une série d'idées, mais semble en constituer le point d'arrivée. Autrement dit, cette impression sensorielle évoque un ensemble d'idées dont nous n'avons pas d'abord conscience, mais qui se développent ensuite en sens inverse, et aboutissent à la même impression sensorielle qui leur a donné naissance.

Tel est le fait que nous nous proposons de démontrer dans ce travail. Le marquis d'Hervey et Maury l'avaient déjà entrevu, et ce dernier remarque, à propos d'un rêve que nous citerons, que « ce qui en est la conclusion en avait appelé les préliminaires, et que cette conclusion a pour origine une sensation ».

On ne s'étonnera pas de nous voir donner une large place à l'étude du rêve, et le comparer au délire. En effet, sans aller jusqu'à les identifier l'un à l'autre, ainsi que l'a fait Moreau de Tours, nous pensons, avec la majorité des auteurs, qu'il existe de nombreux points de contact entre eux.

Pour ce qui concerne la formation des idées, leur enchaînement et leur évolution, il est même certain qu'ils se ressemblent à un point tel qu'on peut sans

inconvénient les confondre. Or notre travail n'envisage que ce côté de la question, et, par suite, nous nous sommes cru autorisé à chercher des enseignements et dans le délire des aliénés et dans le rêve des sujets normaux.

Le rêve nous sera même particulièrement utile à étudier, car si nous sommes spectateurs impuissants du délire des aliénés, si nous sommes réduits en général à des conjectures sur la cause qui le produit et sur les circonstances qui en modifient la marche, il nous est souvent facile de savoir ce qui a provoqué tel ou tel rêve, facile même jusqu'à un certain point de le faire naître et de le modifier à notre guise.

C'est donc dans le rêve que nous trouverons les faits les plus caractéristiques, et, pour les réunir, nous ferons appel aux travaux de nos devanciers et à nos observations personnelles.

Pour mieux faire comprendre ce que nous avons voulu désigner du nom de *délire récurrent*, nous rappellerons comment les choses se passent d'ordinaire, dans ce qu'on pourrait appeler le *délire direct*.

Pendant le sommeil de Maury, on fait vibrer à son oreille une pincette sur laquelle on frotte des ciseaux d'acier. Il rêve qu'il entend le bruit des cloches, ce bruit de cloches devient bientôt le tocsin ; il se croit aux journées de juin 1848 (1).

Voici un fait du même genre qui nous est personnel. Il est reproduit d'après des notes prises le lendemain même, et se rapporte à une époque où l'on parlait des tremblements de terre du midi de la France et d'accidents survenus dans les mines.

(1) Maury. — *Loc. cit.*, p. 154.

« 2 février 1887. Je rêve que je me trouve dans une maison au centre d'une grande ville, et qu'une odeur infecte s'infiltre jusque dans ma chambre. Je vais dans la rue pour rechercher d'où vient cette odeur, et je ressens immédiatement une chaleur extrême. L'air est rempli d'une vapeur rougeâtre qui sent fortement le soufre. Je comprends alors qu'un volcan voisin de la ville fait éruption, et que ces vapeurs chaudes et d'une odeur sulfureuse sortent du cratère. Bientôt un sable fin couvre les rues et s'amoncelle autour de moi. Suffoqué par la chaleur et par l'odeur qui me prend à la gorge, je me réfugie dans la maison. Je prévois le moment où je vais être englouti sous le sable et la lave, et prends immédiatement mes dispositions pour fuir par les souterrains. Avec d'autres personnes, je prépare des vivres, pour le cas où je serais obligé de passer quelque temps dans ces souterrains. Mais le sable s'accumule toujours dans la rue, mon anxiété devient extrême, et finalement je m'éveille. Je m'aperçois alors qu'une lampe placée près de moi et que j'avais laissée allumée vient de s'éteindre faute d'huile et répand une odeur infecte. »

De cette odeur était dérivé tout le délire, c'est-à-dire qu'elle avait fait naître une idée à laquelle s'étaient associées d'autres idées en rapport avec elle, suivant les préoccupations du moment.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. L'impression sensorielle primitive, ou l'idée mère du délire, marque parfois la dernière étape de ce délire et non plus son point de départ.

Ce fait dérive d'une tendance de l'esprit humain, qui le pousse à chercher la cause de tout ce qui se présente à lui. Comme le dit Maudsley, à propos d'une impres-

sion agissant sur un sens spécial, en rêve « l'esprit, se pressant d'en donner une interprétation, met sans doute en jeu des idées qui ont été associées avec une impression forte et récente faite sur l'esprit pendant l'état de veille (1) ».

Ce besoin de recherche, d'explication, que possède l'esprit de l'homme, lui est devenu par l'habitude si naturel qu'il l'exerce malgré lui, d'une façon automatique, fatale. A notre insu, toute impression est pour nous l'objet d'une tentative de localisation dans le passé, de comparaison avec les événements similaires et de raisonnements compliqués qui n'arrivent que confusément jusqu'à la conscience.

Si l'on tient compte, en outre, de la multitude d'idées qui sont susceptibles de traverser notre vie mentale dans un espace de temps infiniment restreint, on comprendra quel travail immense s'accomplit en nous à propos du fait le plus minime en apparence, et de combien la vie inconsciente de l'esprit surpasse sa vie consciente.

Or, chez l'aliéné, comme chez l'individu qui rêve, ce travail automatique, inconscient, jette le trouble le plus complet dans les idées. Une impression quelconque vient-elle à agir sur lui, immédiatement une légion d'idées secondaires se jettent à la traverse, et, suivant qu'il s'arrêtera à l'une ou à l'autre d'entre elles, le délire semblera prendre précisément là son point de départ. Mais l'impression vraie n'en existera pas moins, et il faudra nécessairement qu'elle revienne à la surface. De la sorte, cette impression qui a été le point de départ du délire ne semble plus en marquer que le point d'ar-

(1) Maudsley. — *Pathologie de l'esprit*, p. 31.

rivée. Il faut admettre, en quelque sorte, que cette impression a suscité d'un seul coup toute une série d'idées plus ou moins cohérentes entre elles, que l'esprit les a suivies d'avant en arrière, et que la seconde partie de l'opération a seule été consciente, lorsqu'il a parcouru le même chemin une seconde fois, en sens inverse, pour revenir plus ou moins rapidement à l'impression primitive.

C'est ce travail de recul, suivi plus tard d'une marche directe, qui nous a paru justifier le nom de délire récurrent.

Du reste, les exemples qui suivent feront mieux comprendre notre pensée que toutes les discussions *a priori*.

Maury rapporte le fait suivant (1) : « J'étais un peu indisposé, et me trouvais couché dans ma chambre, ayant ma mère à mon chevet. Je rêve de la Terreur ; j'assiste à des scènes de massacre, je comparais devant le tribunal révolutionnaire, je vois Robespierre, Marat, Fouquier-Tinville, toutes les plus vilaines figures de cette époque terrible ; je discute avec eux ; enfin, après bien des événements, que je ne me rappelle qu'imparfaitement, je suis jugé, condamné à mort, conduit en charrette, au milieu d'un concours immense, sur la place de la Révolution ; je monte sur l'échafaud ; l'exécuteur me lie sur la planche fatale, il la fait basculer, le couperet tombe ; je sens ma tête se séparer de mon tronc, je m'éveille en proie à la plus vive angoisse, et je me sens sur le cou la flèche de mon lit qui s'était subitement détachée et était tombée sur mes vertèbres cervicales, à la façon du couteau d'une guillotine. Cela avait eu

(1) *Loc. cit.*, p. 161.

lieu à l'instant, ainsi que ma mère me le confirma, et cependant c'était cette sensation externe que j'avais prise pour point de départ d'un rêve où tant de faits s'étaient succédés. »

Ce rêve a été cité bien des fois pour prouver la rapidité avec laquelle se succèdent les idées dans certains cas particuliers. Mais il prouve en outre que la sensation physique a éveillé l'idée de la décapitation par la guillotine, et que, pour justifier cette idée, le travail automatique de l'esprit a fait jaillir d'un seul coup toute une histoire fantaisiste qui se terminait naturellement par la scène de la guillotine. La décapitation avait lieu parce que le dormeur avait été condamné ; il avait été condamné parce qu'il avait été compromis dans une période de troubles politiques, etc... On ne peut nier que l'impression physique ait été la seule cause du délire, et cependant elle en a marqué le terme final et non le début.

Nous trouvons dans la *Revue scientifique* (1) un exemple analogue, sans signature d'auteur, et sous ce titre : « Ce qu'on peut rêver en cinq secondes. »

« J'étais assis à côté d'un chef de division à la préfecture de X...; nous relevions un compte fantastique, additionnant des unités qui n'étaient pas certainement du même ordre. — Un employé vient s'accouder sur la table. Je lève la tête et je lui dis : « Vous avez oublié « de faire la soupe. — Mais non ! mais non ! Suivez-moi. » — Nous sortîmes ensemble, traversant les grands corridors ; et je me trouvai derrière lui... dans la cour du collège où j'ai été élevé. — Il entra dans une aile du bâtiment, bien connue, par où l'on montait dans les

(1) *Revue scientifique*, 30 octobre 1886.

classes. — Et, sur l'escalier, il me montra un fourneau sur lequel était une coquille d'huître, avec un peu de blanc au fond (la veille, j'avais fait de la gouache). — « Mais vous avez oublié les légumes ! Allez chez le por- « tier, au fond de la cour, vous les trouverez sur une « table. » — J'attendis longtemps ; enfin, je vis qu'il me faisait des signes, il n'avait rien trouvé. — « Mais c'est « à gauche ! » En effet, je le vis traverser la cour portant un énorme chou. — Je pris dans ma poche un couteau qui y est à demeure. Au moment où je commençai à couper, je fus réveillé par le bruit d'un bol de bouillon que ma servante posait lourdement sur le marbre de ma table de nuit. »

« Il me paraît évident que l'idée de potage m'a été suggérée par l'odorat, au moment où l'on ouvrait ma porte ; or, il faut tout au plus cinq secondes pour arriver jusqu'au lit. »

Sans doute, cet exemple est moins net que celui de Maury. On peut objecter que l'observateur avait inconsciemment l'esprit en éveil, parce que l'heure à laquelle il avait l'habitude de prendre son bouillon était arrivée. On peut dire aussi que son attention, dirigée automatiquement vers le même point, lui avait permis de saisir tous les préparatifs de la servante, bien avant qu'elle eût franchi la porte d'entrée de sa chambre. Mais cela prouverait simplement que le rêve a duré plus de cinq secondes. Il n'en resterait pas moins évident que l'idée du bouillon a fait éclore un rêve long et compliqué qui se terminait précisément par la confection d'une soupe.

Un autre rêve, d'une unité parfaite, a été rapporté par M. Ball, dans sa théorie des hallucinations, pour montrer comment une sensation physique a eu pour consé-

quence une hallucination spéciale. Cette sensation représentait, selon son expression, le *clou* auquel s'accrochait le tableau tout entier dont l'imagination et la mémoire avaient fait les frais. Voici le cas, tel qu'il est rapporté par le savant aliéniste (1).

« A une époque où, lecteur assidu de récits de voyages et d'aventures, j'avais l'esprit rempli des idées qu'ils évoquent, je rêvais que je venais de m'embarquer sur un navire dont le capitaine eut une violente discussion avec moi. Nous montons dans un canot pour nous rendre à terre afin d'y régler notre différend. Nous abordons sur la plage d'une île déserte, et là, nous commençons un duel sans témoins. Je tire sur mon adversaire et je le manque. Il me répond, et la balle de son pistolet vient me frapper au côté gauche du front. Étonné de n'être pas mort, je tire de nouveau sur lui et le manque encore une fois. Il riposte, et je reçois encore une balle au même endroit. Le duel continue, et, après avoir reçu sept ou huit coups de feu, toujours à la même place, je m'éveille avec une névralgie violente du nerf sus-orbitaire, dont le siège correspondait exactement à celui de ma blessure imaginaire, tandis que les intervalles qui séparaient chaque élancement douloureux correspondaient exactement à l'espace qui séparait les coups de feu. »

Il est incontestable, ici encore, que la sensation physique a seule provoqué le rêve en entier, et cependant elle n'est revenue, mal interprétée il est vrai, qu'à la fin de cette histoire fantaisiste.

Dans des circonstances analogues (2 février 1884), nous avons eu personnellement un rêve qui ressemblait beau-

(1) *Théorie des hallucinations*, par B. Ball. (*Revue scient.*, 1er mai 1880.)

coup au précédent. Nous le citerons, malgré son incohérence.

Je me trouvais avec M. X..., au seuil de son cabinet, quand deux masses informes vinrent s'aplatir à nos pieds. Peu à peu leurs contours se dessinèrent, elles prirent de la consistance, et nous distinguâmes, debout, deux êtres hideux, aux membres flasques et contournés, qui nous regardaient d'un air féroce. — Saisis de crainte, nous rentrons dans la maison: nous nous armons de revolvers, et aussitôt nous tirons sur eux par la fenêtre. Mais c'est en vain que nous faisons feu à plusieurs reprises; nous ne parvenons même pas à les blesser. — Leur aspect devient de plus en plus terrible et menaçant. Nous comprenons alors que nous avons affaire à des êtres surnaturels, et, qu'irrités de notre résistance, ils nous préparent les plus affreux supplices. Ne voulant pas tomber vivant dans leurs mains, je prie M. X. de me tirer un coup de revolver. Il place le canon sur ma joue gauche, au-dessous de l'apophyse zygomatique, et presse la détente plusieurs fois. Je sens les balles qui pénètrent dans ma joue, mais sans amener la mort, et je me réveille enfin avec une douleur exactement limitée au même point, douleur qui était due à une névralgie dentaire.

Après ce qui a été dit précédemment, ce fait se passe de commentaires.

Dans une autre circonstance (27 février 1883), je rêvai que j'étais atteint d'une affection chronique de la jambe droite. Je n'en souffrais pas cependant, et elle ne se révélait à l'extérieur que par deux ou trois ecchymoses au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Des médecins furent appelés, et l'on arrêta qu'on m'amputerait la jambe. Malgré mes protestations, l'opération fut décidée,

et l'on refusa même d'employer le chloroforme. On se contenta de faire de l'anesthésie locale par un procédé que je ne connaissais pas, et le chirurgien commença l'excision des chairs avec le thermo-cautère, au niveau du tiers supérieur de la jambe. Tout d'abord, je ne sentis que le contact de l'instrument, mais peu à peu l'anesthésie disparut et j'éprouvai une douleur de plus en plus vive, jusqu'au moment où elle fut assez forte pour me réveiller. Je m'aperçus alors que ma jambe droite avait pris une mauvaise position et que j'en souffrais cruellement.

Il faut encore admettre que la douleur de ma jambe droite avait provoqué ce rêve particulier. Toutefois, au commencement, la douleur n'existait pas dans le rêve, bien qu'il eût été provoqué par cette douleur même. Les quelques notions vagues de chirurgie que j'avais conservées en rêve m'avaient démontré la nécessité d'une anesthésie artificielle, et c'est précisément cette anesthésie du début, coïncidant avec une douleur vraie, qui permet d'affirmer l'existence du délire récurrent.

Une autre fois (9 février 1887), après avoir causé de pièces de théâtre le jour précédent, je crus entrer dans une salle de spectacle pour assister à une matinée. Dans les couloirs, je remarquai d'abord qu'il y avait peu de place et, qu'en cas d'alerte, on aurait sans doute à déplorer bien des accidents. J'arrivai ensuite à la salle du spectacle. J'étais en avance et j'assistai aux derniers préparatifs faits par le personnel du théâtre. Puis la représentation eut lieu, mais elle ne laissa aucune trace dans mes souvenirs. En sortant, il y eut tout à coup une panique provoquée par des cris : Au feu ! Ce fut un sauve-qui-peut général. Beaucoup de personnes furent fort maltraitées, et moi-même, quand je me trouvai à

l'extérieur, j'éprouvai une douleur sourde à la partie inférieure de l'avant-bras gauche, et l'attribuai à un effort que j'avais fait pour me dégager de la foule. Mais en rentrant chez moi, je constatai un gonflement assez considérable, une douleur plus vive, et, à mon grand étonnement, je découvris de la crépitation à la partie inférieure du radius. J'avais donc une fracture de cet os, fracture dont l'émotion m'avait empêché de m'apercevoir tout d'abord; elle me faisait maintenant beaucoup souffrir et réclamait un traitement immédiat. Je me rendis chez un de nos grands chirurgiens, qui vérifia l'exactitude de mon diagnostic et conclut qu'il était nécessaire d'appliquer un appareil. Toutefois il était pressé par le temps et remit l'opération à plus tard. Je retournai donc chez moi. Il vint ensuite m'y retrouver, et m'appliqua deux attelles. A ce moment je me réveillai. J'éprouvais une douleur vive dans le bras gauche, et cette douleur était causée uniquement par une mauvaise position du bras dans le lit. — Il y avait bien eu délire récurrent, puisque la douleur n'était apparue que longtemps après le début de ce rêve qu'elle avait cependant provoqué en totalité.

Dans ces différents cas, le délire récurrent a pris son origine dans un trouble de la sensibilité générale. Une fois cependant (observation anonyme), il a été provoqué par une impression faite sur l'organe de l'ouïe ou de l'odorat. Mais il est évident que toute impression d'un sens spécial sera capable de produire le même résultat. Artigues rapporte le fait suivant qui peut s'appliquer aux sensations de l'ouïe.

« Assis sur un trône, vêtu à la mode des seigneurs du XVI[e] siècle, nous regardions un de nos camarades

que nous reconnaissions parfaitement, et qui portait le costume des *fous* de cette époque. A l'extrémité de son bonnet terminé en pointe, était attachée une clochette, d'un assez gros volume, et sur laquelle se fixèrent nos regards avec obstination. Nous voulions entendre le son de cette clochette et le fou refusait de la faire sonner. Enfin, pris de colère, nous lui cinglions le visage d'un coup de cravache qui le faisait bondir en l'air avec des cris de douleur. Dans les mouvements qu'il fit, la clochette s'agita avec force, rendant un son argentin qui nous réveilla. A ce moment quelqu'un sonnait à la porte de l'appartement, et c'était le bruit du timbre que nous avions pris pour celui de la clochette du bouffon (1). »

Il en est de même pour la sensibilité organique.

« Une jeune dame, ayant de la dyspepsie, m'a raconté, dit Max Simon (2), que lorsqu'elle éprouvait un peu de malaise du côté de l'estomac, il lui arrivait alors de rêver qu'elle se trouvait dans la boutique d'un pâtissier, où elle voyait une foule d'acheteurs occupés à choisir des gâteaux de diverses sortes. Elle-même ne tardait pas à les imiter et mangeait à satiété toutes espèces de pâtisseries fortement aromatisées avec de la fleur d'oranger. L'impression gustative, d'abord assez agréable, devenait bientôt extrêmement pénible : c'était une sorte de sensation nauséeuse des plus insupportables. »

Ici encore, la sensation de gêne dans les fonctions de l'estomac a motivé une tentative d'explication, une sorte de recul dans les impressions, et Mme X... a imaginé simplement qu'elle mangeait des gâteaux chez un pâtissier et qu'elle s'en trouvait ensuite incommodée.

(1) Artigues. — *Valeur séméiologique du rêve*. Thèse, Paris, 1884, p. 33.

(2) Max Simon. — *Le monde des rêves*, p. 56.

« P..., étudiant en droit, mouillé aux courses de Longchamps, fut pris le lendemain d'une fièvre à type tierce. Après le frisson et la période de chaleur, P..., très fatigué, s'assoupissait et rêvait chaque fois ce qui suit : il se trouvait au pied du mont Valérien, obligé de le gravir malgré son profond état de faiblesse. Il essayait plusieurs fois, et ne faisait un pas qu'au prix d'efforts qui l'épuisaient. Enfin, après des fatigues atroces, il parvenait brisé au sommet du mont et s'éveillait alors baigné de sueur. Son accès avait atteint le stade de sudation et finissait avec le rêve (1). »

Mais il n'y a pas que des sensations fugaces ou des accès passagers qui soient capables de produire un délire récurrent. Des maladies de longue durée ou des inflammations aiguës peuvent, à leurs débuts, déterminer les mêmes phénomènes.

Max Simon rapporte le fait suivant (2) :

« Un jour que je m'étais couché dans un état de légère souffrance, je rêvai que je me trouvais à Paris un jour de fête publique, au milieu d'une foule nombreuse, avec un jeune enfant qui m'avait été confié. Ayant été distrait un instant, je m'aperçois que l'enfant confié à ma garde a disparu. Je suis saisi d'une mortelle frayeur. Anxieux, tremblant, j'ai, comme on dit vulgairement, la *chair de poule*. Je m'éveille, et suis en effet en proie à un frisson très violent, avec la chair de poule que je constatais dans l'anxiété de mon rêve. C'était le début d'un accès fébrile, qui avait ainsi donné naissance à l'émotion purement morale et aux images que je viens de noter. »

(1) Artigues. — *Loc. cit.*, p. 47.
(2) Max Simon. — *Loc. cit.*, p. 61



Comme on le voit, l'auteur était bien près d'admettre la même explication que nous. Notre théorie se trouve implicitement comprise dans ses réflexions.

Or, il arrive quelquefois qu'une maladie qui n'en est qu'à sa période prodromique, qui ne s'est révélée par aucun symptôme objectif, provoque néanmoins un rêve ou un délire dont l'évolution récurrente est encore caractéristique. C'est ce qu'on a appelé rêves pronostiques.

Voici d'abord un cas de délire véritable où il y a eu rétrocession des différentes idées associées. Nous l'empruntons à Griesinger (1).

« J'ai vu, il y a un certain nombre d'années, un fait remarquable qui débuta par des hallucinations de plusieurs sens. Un homme s'en revenait chez lui, un soir, au clair de lune, d'un voyage à pied dans lequel il s'était beaucoup fatigué. Tout à coup, il lui sembla voir un gros animal semblable à un dragon, qui se roulait dans un fossé plein d'eau au bord de la chaussée ; il devint extrêmement inquiet et se sentit en même temps saisi très douloureusement à l'épaule droite par cet animal ; cependant il put, comme il le disait, se sauver en courant. Immédiatement il tomba malade, et bientôt il se forma un épanchement pleurétique remplissant toute la moitié droite de la poitrine, et dont le malade mourut quelques mois après. J'ai assisté à l'autopsie. »

Il nous semble superflu maintenant de faire remarquer que c'est la douleur, en quelque sorte latente, du côté droit, qui a provoqué le délire récurrent. Elle n'avait pas encore été normalement ressentie quand déjà le délire provoqué existait.

(1) Griesinger. — *Maladies mentales*, p. 121.

C'est dans le rêve, on le conçoit d'ailleurs, que ces sensations vagues sont le plus facilement perçues. Aussi trouvons-nous très bien justifié le nom de rêves pronostiques. On aurait même pu les appeler rêves prodromiques; à notre avis, c'eût été encore plus exact.

Armand de Villeneuve rêva une fois qu'un chien enragé le mordait à la jambe. Quelques jours plus tard, il vit se développer un ulcère variqueux au point mordu.

Nous croyons qu'il se passe, dans le rêve, quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans le somnambulisme naturel ou provoqué. L'esprit n'est plus distrait par les mille incidents de la vie ordinaire : il se replie sur lui-même, et des sensations qui n'arriveraient pas jusqu'à la conscience dans l'état ordinaire, la sollicitent vivement dans cet état spécial, et provoquent même un délire approprié.

Dans certaines maladies confirmées, telles que l'hystérie ou l'épilepsie, il existe aussi, avant l'accès, une période prodromique plus ou moins longue qui donne parfois lieu à un délire récurrent. C'est l'aura. Malheureusement, l'épileptique ne peut presque jamais en rendre compte. L'invasion du mal est si brusque que le souvenir n'a pas le temps de s'organiser.

Pourtant cette règle n'est pas sans exceptions.

« Un gentleman, raconte Grégory (1), avait des attaques d'épilepsie, et chacune d'elles était en général précédée de l'apparition d'une vieille femme à manteau rouge, aux traits méchants, à la figure hideuse, qui venait vers lui appuyée sur une béquille et le frappait sur la

(1) *Traité des névroses*, par Axenfeld et Huchard. Paris, 1883, p. 775.

tête avec sa béquille. A peine avait-il reçu le coup, qu'il tombait sans connaissance, agité de convulsions. »

« Un jeune épileptique voyait aussi venir au galop un carrosse dans lequel se trouvait un petit homme en bonnet rouge. Craignant d'être écrasé, le malade tombait, raide et sans connaissance (1). Un autre voyait encore venir à lui une femme et tombait quand elle s'approchait. »

Il faut remarquer avec les auteurs du *Traité des névroses* que ces perceptions morbides se rattachent à la modification profonde que les fonctions encéphaliques subissent au début de l'attaque épileptique. A ce moment, croyons-nous, le malade sent qu'une force étrangère s'empare de lui, qu'il va tomber, qu'il est jeté à terre. Un délire spécial naît aussitôt chez lui, pour justifier, en quelque sorte, à son esprit troublé, sa soumission à la puissance invincible qui le terrasse. Dans l'espace de quelques secondes, en moins de temps peut-être, se déroule tout un tableau effrayant qui se termine invariablement par la chute du corps.

En effet, l'aura qui précède l'attaque d'épilepsie est de très courte durée. On admet même qu'elle manque le plus souvent. Cette opinion ne nous semble pas exacte. Il serait plus juste de dire qu'en général aucun phénomène extérieur n'en révèle l'existence, et que le malade est incapable d'en rendre compte après l'attaque.

Mais si l'on regarde de quelle manière tombent certains épileptiques, il suffit de voir l'effroi peint sur leur physionomie, le mouvement de recul qu'ils font parfois contre un danger imaginaire, jusqu'au moment où ils sont précipités à terre, pour se convaincre qu'ils ont

(1) Cité par Maudsley. — *Pathologie de l'esprit*, p. 474.

alors un délire actif, dont le dénouement est toujours le même, la propulsion du corps sur le sol.

Deux motifs seulement s'opposent à ce qu'on puisse constater l'aura qui précède l'attaque d'épilepsie : c'est d'abord la rapidité de l'invasion du mal, comme nous l'avons dit, et, en second lieu, l'amnésie consécutive.

Dans la grande hystérie, au contraire, il y a bien encore amnésie consécutive, mais l'attaque se développe plus lentement, et il est rare qu'on ne puisse en suivre la marche progressive. La sensation de constriction à la gorge existe souvent plusieurs minutes avant l'explosion de l'attaque. Cette sensation est pour les malades de plus en plus vive; leur cou se gonfle, la face devient vultueuse, la respiration se suspend, et finalement l'attaque éclate.

Dès lors, si un délire quelconque se greffe sur ce symptôme particulier, on pourra en suivre l'évolution pas à pas. De même, si c'est un délire récurrent, rien ne sera plus facile que d'en observer les différentes phases, grâce à la loquacité habituelle des hystériques.

Voyons un hystéro-épileptique en état de mal. La phase des attitudes passionnelles n'est pas encore terminée quand apparaissent déjà les signes avant-coureurs de l'attaque suivante. Il en résulte qu'au milieu de son délire le malade sent sa gorge se serrer. Cette sensation provoque un nouveau délire, dont elle devient souvent non plus le point de départ, mais le point d'arrivée.

« Suzanne N..., hystéro-épileptique, croit assister à une scène de mariage. Tout à coup elle s'écrie : « Tiens, « du brouillard ! ça cache tout... J'ai mal à la gorge, je « n'aime pas les temps de brouillard, ça me prend à la « gorge... » Elle tousse, met la main à la gorge, fait



quelques mouvements de déglutition, comme pour se débarrasser de quelque chose qui la gêne; ce sont les préludes d'une nouvelle attaque qui ne tarde pas à éclater (1).

« Une autre fois, elle se croit au bal. Assise sur son séant, l'œil dirigé en haut, elle chantonne et marque la mesure de la tête et des mains. « Y en a-t-il des « paillettes d'or ! Ça fait mal à la tête... Comme elles « dansent bien !... Oh ! ce gaz m'étourdit... Je ne vois « plus rien que du brouillard... Oh ! oh ! ça me fait un « drôle d'effet. » Nouvelle attaque.

« Dans un autre délire, elle assiste à une grande fête militaire : « Que de lances au soleil ! C'est la « revue... Tiens ! Napoléon IV qui passe là. Allons, à « bas la République, puisque l'empereur est revenu. Je « croyais qu'il était mort... Tiens, il a l'air d'un fat !... « Ça brille au soleil, tout ça... Quelle poussière !... On ne « les voit plus. Toute cette poussière les cache... Ça « prend à la gorge... ça m'agace... en voilà de la pous- « sière !... Oh ! ça brille, ça éblouit... et puis cette pous- « sière !... Elle tousse, se frotte la gorge. — Allons, je « ne regarde plus rien... » Nouvelle attaque.

« Une fois encore, elle assiste à une représentation théâtrale. Après l'avoir admirée, elle éprouve cette constriction de la gorge, car elle finit par dire : « Oh ! « ça étourdit !... Oh ! que c'est drôle !... » Ensuite elle croit sortir du théâtre, et elle dit : « Il fait froid !... « Brr... on gèle... En voilà de la neige qui tombe... je « ne vais jamais retrouver mon chemin ! Quel temps « gris !... C'est aussi gris sur la terre qu'au ciel ! Quel « tourbillon ! En voilà de la neige !... Ça prend à la gorge,

(1) Paul Richer. — *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie*, p. 164 et suiv.

« ce froid là... (Elle porte la main à son cou comme pour « en détacher quelque chose qui l'étouffe.) Toute cette « neige, c'est gênant !... Je suis tout étourdie... » Nou- « velle attaque. »

D'autres hystériques ont présenté des phénomènes analogues. Nous croyons cependant qu'il est inutile d'insister sur ce point. Les exemples que nous avons donnés sont suffisamment démonstratifs.

Nous citerons cependant encore le fait suivant, rapporté par Max Simon (1). Cet auteur dit, en parlant d'une personne qu'il a soignée : « Après quelques heures de sommeil, elle se voyait transportée en quelque endroit sauvage, loin de tout secours. Un sentiment pénible l'envahissait; elle sentait près d'elle la présence d'un horrible danger. Tout à coup apparaissait un cavalier de figure farouche, qui s'élançait à sa poursuite. La fuite était à peu près impossible, et la dormeuse allait être atteinte par son ennemi, quand elle se réveillait, pouvant à peine respirer. Pendant le sommeil, des mucosités s'étaient accumulées dans les bronches de la malade, et une gêne de la respiration, causée par un obstacle tout physique, avait ainsi donné naissance à des représentations mentales de scènes terrifiantes, qui auraient précisément amené l'anxiété respiratoire. »

Les rêves sont donc jusqu'à présent le moyen d'investigation le plus complet que nous possédions pour ces recherches délicates de psychologie. Leur importance avait déjà été entrevue il y a longtemps par un écrivain que d'autres études ont rendu célèbre. En effet, dans un livre peu connu, que Maury attribue au marquis d'Hervey, nous trouvons des considérations qui ont

(1) Max Simon. — *Loc. cit.*, p. 52.



plusieurs points de contact avec les nôtres. Voici les paroles mêmes de l'auteur :

« Si par sa vivacité ou par son caractère, dit l'auteur (1), la sensation subitement perçue exige à l'appui de l'idée *première*, qu'elle fait naître, tout un cortège d'idées *secondaires* impliquant l'antériorité d'une cause efficiente, on verra s'opérer dans l'esprit une espèce d'illusion rétrospective, dont le résultat est de nous faire croire à la succession d'une certaine série d'images et d'événements, dans l'ordre rationnel de leur production, tandis qu'au contraire notre imagination les aura évoqués en raison inverse de leur cours naturel, remontant du dénouement au point de départ, comme celui qui parcourt un volume en regardant d'abord le dernier chapitre pour terminer par l'introduction.

« Rendons ceci plus clair par un exemple : Je suis piqué par un moustique, et je rêve que, me battant en duel, j'ai le bras traversé d'un coup d'épée. Mais je n'ai pas rêvé que je recevais ce coup d'épée sans que cet accident fût en quelque sorte préparé. Ainsi, j'ai commencé par avoir une querelle ; j'ai reçu quelque insulte, ou j'ai provoqué quelqu'un moi-même. Des amis sont intervenus, un duel a été proposé et accepté, les conditions en ont été réglées et les préparitifs accomplis. Enfin les épées se sont croisées, et c'est seulement après tous ces préliminaires que j'ai cru sentir une lame effilée traverser mon bras. Il est évident, cependant, que la cause directe et immédiate de ce rêve, la piqûre du moustique, m'a transmis brusquement, par analogie de sensation, et sans aucune transition, l'idée de recevoir un coup d'épée. Cette querelle, ces amis

(1) *Les rêves et les moyens de les diriger*. Paris 1867, in-8° p. 387 et suiv.

rassemblés, ces préliminaires de combat, auxquels il me semblait avoir songé d'abord, ne sont que des *idées secondaires*, conséquences de l'*idée première*, qui ne sauraient avoir existé avant que l'*idée première* dont elles procèdent n'ait elle-même surgi d'un incident imprévu.

« Que s'était-il donc passé dans mon esprit?

« L'*idée première* d'un coup d'épée ayant été subitement évoquée, je me suis instantanément représenté, par tout un enchaînement d'*idées secondaires*, les diverses circonstances qui pourraient m'avoir conduit à en recevoir un. Je me suis vu d'abord l'épée à la main; ensuite j'ai pensé aux témoins que je devais avoir, à l'aventure qui avait pu motiver cette rencontre, etc., etc... Et tout ce que j'imaginais ainsi, en remontant le cours des idées vers sa source, étant venu se peindre successivement aux yeux de mon esprit, avec la rapidité de la pensée (c'est-à-dire à peu près instantanément)..., je me suis figuré que j'avais rêvé toutes ces choses dans l'ordre rationnel de leur succession, tandis que l'idée la plus éloignée du dénouement était au contraire celle à laquelle j'avais songé la dernière, celle qui se produisait au moment même du réveil, si ce dénouement m'a réveillé en sursaut. »

Voici d'ailleurs un fait rapporté par l'auteur.

Profondément pénétré d'un passage d'Ovide qui avait trait à Pygmalion, il s'efforçait d'éveiller cette idée en rêve.

«... Je me croyais au foyer du théâtre Français, un soir de répétition générale. J'y avais rencontré M[lle] Augustine Brohan, qui m'expliquait que l'on jouait une pièce nouvelle... Le personnage d'Astarbé devait être rempli par M[lle] X... Comme on me disait cela, je vis

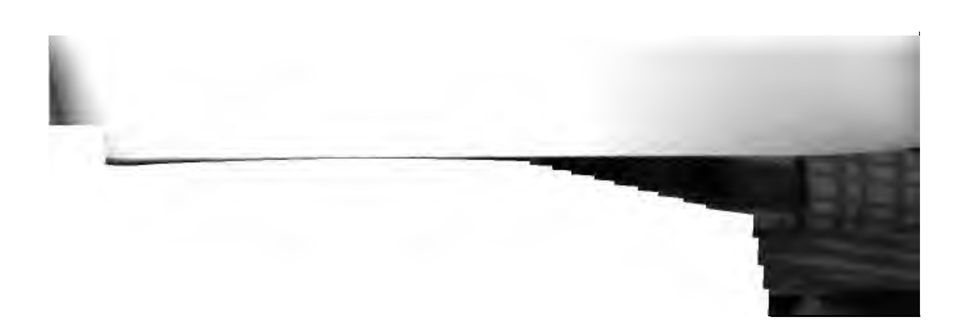


entrer au foyer Mlle X... dans un costume composé d'une écharpe de mousseline rose parsemée de petites fleurs d'or, avec un collier d'ambre et de perles, auquel pendaient des perles de couleur. Des bracelets de forme antique s'enroulaient autour de ses bras et ornaient aussi les attaches délicates de ses jambes. A ses doigts brillaient des saphirs. Sa beauté était vraiment idéale, et dans ses cheveux blonds il me semblait voir un rayon de soleil... »

« L'idée de la statue de Pygmalion avait éveillé celle de Mlle X..., parce qu'un tableau de Pygmalion lui ressemblait, et le reste s'était produit par *rétrospection.* »

«... L'idée de la statue de Pygmalion est nécessairement celle qui a surgi la première, évoquée qu'elle était directement. Son identification avec Mlle X... n'a pu venir qu'en second ordre, et si j'ai cru voir ensuite Augustine Brohan, ce n'est que parce que l'idée de Mlle X... m'avait entraîné déjà au foyer de la Comédie-Française. Cependant j'imagine avoir eu ces idées dans leur ordre rationnel de succession, c'est-à-dire en sens inverse de l'ordre dans lequel je les ai réellement conçues. »

Nous avons dû nous borner, dans ce travail, à des exemples bien caractérisés de délire récurrent. Mais il existe dans l'observation psychologique une foule de faits analogues. Ils sont toutefois d'une appréciation plus délicate, et ne rentrent pas dans le cadre que nous nous sommes tracé. Nous nous abstiendrons donc de les citer. Nous avons voulu seulement affirmer l'existence d'une évolution particulière de nos idées, et, faute d'une expression qui rende mieux notre pensée, nous lui avons donné le nom de *délire récurrent.*



Son importance serait bien minime, cependant, s'il se trouvait réduit à une sorte de rareté psychologique. Mais il n'en est rien. A chaque pas, avons-nous dit, on le rencontre.

Nous trouvons, par exemple, dans Griesinger, le passage suivant, que nous reproduisons textuellement : « Un jeune homme me dit un jour qu'il avait senti le diable, hérissé et chevelu, le saisir au cou (globe hystérique?) (1). »

Pour nous, il s'agit bien, en effet, d'un hystérique. La sensation de constriction à la gorge a provoqué chez lui, comme chez Suzanne N., un délire spécial : c'était le diable qui venait le serrer au cou.

Chez beaucoup de possédés, de sorciers ou de sorcières, le délire évoluait de la même façon. Une sensation mal interprétée les poussait à imaginer une histoire extraordinaire, en rapport avec les idées dominantes de l'époque, et cette sensation se trouvait toujours au terme final de leur délire. Telle sorcière, par exemple, qui avait de l'excitation génésique, racontait qu'elle était allée au sabat, qu'elle y avait vu le diable, qu'elle s'était donnée à lui...

Les hypocondriaques sont dans le même cas. Ils éprouvent des sensations organiques anormales et cherchent, malgré eux, à les expliquer d'une façon quelconque, d'après une série de faits antérieurs. Ainsi tel aliéné, que nous avons observé, expliquait son anxiété respiratoire pendant la nuit, en disant que son domestique venait s'asseoir sur sa poitrine et l'empêchait ainsi de respirer.

Les sujets atteints du délire des persécutions présentent aussi les mêmes phénomènes. L'un d'eux, par

(1) Griesinger. — *Maladies mentales*, p. 120.



exemple, nous disait un jour qu'il avait entendu se fermer la trappe par laquelle on s'introduisait dans sa chambre pour l'envaporiser (*sic*). Il nous montrait même la fente du parquet qui correspondait à cette trappe. Or, il est bien évident qu'il n'avait inventé, malgré lui, cette combinaison, que pour expliquer ses sensations anormales. Il y avait eu marche récurrente du délire.

Mais ces faits s'éloignent du type franc que nous avons essayé de définir dans ce travail. Nous n'irons donc pas plus loin, nous bornant à constater que le délire récurrent, plus ou moins net ou défiguré, joue un rôle considérable dans la vie pathologique de l'esprit.

En résumé, il existe selon nous une forme spéciale de délire qui évolue en sens inverse de ce qu'on considère comme la règle.

Une sensation quelconque, peut-être même une idée vive, donne naissance à un délire qui s'organise en un espace de temps variable, mais souvent très restreint. Une multitude d'idées, plus ou moins bien enchaînées, se déroulent sans que le sujet en ait conscience. Mais elles n'ont qu'un but : expliquer cette sensation. Il en résulte que, parties de cette sensation, elles doivent encore y aboutir. La première moitié du processus, caractérisée par une marche récurrente des idées, est inconsciente. La seconde moitié seule est consciente, et semble exister indépendamment de l'autre. C'est le délire récurrent.

UN CAS

DE

CRÉTINISME SPORADIQUE

AVEC PSEUDO-LIPOMES SYMÉTRIQUES SUS-CLAVICULAIRES

Par les Drs X. ARNOZAN et E. RÉGIS

On sait que le crétinisme, bien qu'étant une maladie essentiellement endémique, peut se montrer d'une façon plus ou moins isolée dans tous les pays et même dans les grandes villes, c'est-à-dire sous la forme sporadique.

Les cas de crétinisme sporadique, ceux des grands centres surtout, sont assez rares et on n'en a cité jusqu'ici qu'un petit nombre d'exemples. En revanche, ils offrent un intérêt particulier, en raison des circonstances exceptionnelles dans lesquelles ils se développent.

La plupart se rapportent à des individus nés de parents goîtreux ou originaires de pays où règne l'endémie, ce qui explique suffisamment leur production et les fait rentrer dans les conditions étiologiques habituelles de la maladie. Il en est quelques-uns cependant dans lesquels le principe spécifique paraît faire défaut, soit dans la famille, soit dans le milieu, ce qui remet chaque fois en question le problème tant débattu de la pathogénie du crétinisme. C'est à ce dernier groupe de faits, les plus intéressants, qu'appartient notre observation, comme lui appartenait celle si connue du *crétin des Batignolles* publiée, ici même, il y a quelques années, par M. le professeur Ball.



Observation

B... (Georges), notre sujet, a vingt-huit ans, depuis le 10 mars 1888.

Son grand-père maternel était de la Charente-Inférieure, où les cas de goître et de crétinisme sont, comme on le sait, très rares (1). Il est mort à trente-un ans de la poitrine ou plutôt, me dit sa fille, d'une syphilis tombée sur la poitrine.

La grand'mère maternelle était une enfant trouvée de l'hospice de Bordeaux, mise en nourrice dans la Saintonge et morte à cinquante-neuf ans, d'un mauvais rhume après une vie sans incidents. Elle avait eu six ou sept fausses couches. Un seul de ses enfants a survécu, la mère de Georges.

Celle-ci est âgée de quarante-huit ans. Elle est née à Berneuil près Barbezieux, localité où l'endémie goîtreuse n'existe pas. D'ailleurs, elle habite Bordeaux depuis l'âge de deux ans. Elle est bien portante et n'a jamais eu de graves maladies. Sa ménopause s'est effectuée, il y a deux ans, sans complications.

Le père de Georges était de Béliet (Gironde), où on ne trouve pas non plus trace de l'endémie. Cet individu, qui était venu jeune à Bordeaux et qui travaillait comme forgeron dans une

(1) Il me paraît intéressant de rappeler ici les résultats fournis par la statistique à ce point de vue.

En ce qui concerne le *goître*, les quatre-vingt-neuf départements existants avant 1870, ont été classés en cinq séries. La première série comprend dix départements, dans lesquels la proportion des goîtreux est en moyenne de 73, 8 pour 1.000 habitants. La deuxième série en comprend 23, dans lesquels la proportion est de 32 pour 1.000. La troisième en a 13 avec une proportion moyenne de 13. pour 1.000. La quatrième en a 34 avec une proportion moyenne de 3,5 pour 1.000. Enfin la cinquième en a 9 avec une proportion de 0.4 pour 1.000. Or la Charente et la Gironde appartiennent à la troisième série, la première avec 5,7 la seconde avec 2,4 pour 1.000 La Charente-Inférieure appartient, elle, à la cinquième série avec 0,5 pour 1.000 habitants.

En ce qui concerne le *crétinisme*, les résultats sont les suivants (la statistique s'applique aux idiots et aux crétins réunis, pour éviter toute chance d'erreur):

La Charente-Inférieure est le 56me département avec une proportion de 2.9 idiots et crétins pour 1.000 habitants. La Charente est le 78me avec une proportion de 2.4 pour 1.000. La Gironde enfin est le 85me avec 1.9 pour 1.000. (Baillarger. *Rapport sur le goître et le crétinisme en France au nom de la Commission française d'enquête*. Paris, 1873.)

Comme on le voit, l'endémie n'existe réellement dans aucun des trois départements dont il est question dans l'observation.

fonderie, jouissait d'une très mauvaise santé. Il devait être atteint, d'après les renseignements qui m'ont été fournis, soit d'une atrophie de la jambe consécutive à une coxalgie, soit plutôt d'une hémiplégie infantile avec contracture incomplète. Il eut, en outre, plusieurs fluxions de poitrine dans le cours de son existence. Ce n'était pas un alcoolique, mais dans les derniers temps de sa vie il s'adonna à la boisson. Il mourut à cinquante-un ans, de paralysie cérébrale avec hémiplégie droite, délire, violences, état gâteux. Personne dans sa famille n'avait rien présenté d'anormal. Son père, sa mère, ses oncles, ses sœurs étaient bien portants. Un de ses grands-pères avait vécu jusqu'à quatre-vingt-dix ans.

Voici par ordre de naissauce, les particularités relatives aux frères et sœurs du malade :

1° *Georges*, né dix-neuf mois après le mariage, vingt-huit ans, *crétin ;*

2° *Garçon*. Arrêt de développement. A quatre ans et demi, ne marchait pas seul; parlait à peine. Mort, à cet âge, de convulsions. Une fois mort dit sa mère, sa tête a éclaté, et il en est sorti spontanément une grande quantité de sang;

3° *Gustave*, vingt-quatre ans, marin. Bien constitué, bien portant, vigoureux. Pas de trace de goître. Intelligent, certificat d'études;

4° *Fille* mort-née (fausse couche à neuf mois);

5° *Auguste*, quinze ans. Convulsions à dix-huit mois. Développement ordinaire. Pas très fort. Intelligent, doux; employé pour faire les courses chez un négociant de la ville. Pas de goître ;

6° *Garçon* qui a vécu vingt-quatre heures. S'est éteint dans son berceau ;

7° *Madeleine*, douze ans. Bien développée. Pas de convulsions. Pas de goître. Très intelligente. Délicate de la poitrine. En traitement pour des manifestations scrofuleuses (?) des yeux et de la peau.

Revenons maintenant à Georges, notre sujet.

Antécédents. — A l'époque de sa naissance, ses parents habitaient dans la rue des Bahutiers, un rez-de-chaussée planchéié, mais humide et sombre, donnant sur une cour étroite et garnie d'un puits.



Cependant l'enfant était très bien venu à terme, après une gestation normale et il ne présenta rien de particulier dans les premiers mois de sa vie. Il avait à peu près un an lorsque sa mère s'aperçut qu'elle était enceinte de sept mois ; elle s'empressa aussitôt de le sevrer. Peu après, elle constata que Georges était en retard pour parler et mettre ses dents, et elle attribue encore aujourd'hui l'état de son fils à ce qu'elle l'a nourri étant à nouveau en état de grossesse.

Toujours est-il qu'à dater de ce moment, l'arrêt de développement s'est constamment accentué chez lui. Sa première dentition a été lente et tardive et on a dû, vers l'âge de douze ans, lui arracher les dents de lait, celles de la seconde dentition ayant tant bien que mal poussé à côté d'elles. Georges n'a également parlé et marché que très tard. De même sa tête ne se soudait pas et il a conservé jusque dans ces derniers temps une dépression assez marquée au niveau de la fontanelle antérieure. Il a très peu grandi et n'a jamais présenté la moindre trace de puberté. Son aspect n'aurait pour ainsi dire pas changé depuis l'âge de onze ans.

On ne m'a pas signalé de maladies graves dans le cours de sa vie, sauf le croup (?) qu'il aurait eu à l'âge de sept ans et pour lequel il aurait été traité par notre confrère, le docteur Segay. Il y a deux ans environ, il a été pris, pour la première fois, d'accidents cérébraux qui ont consisté dans une attaque apoplectiforme avec perte de connaissance et hémiplégie droite passagère. Une crise analogue s'est produite cette année encore mais elle n'a pas été jusqu'à la perte complète de connaissance.

Georges est aux Incurables de Pellegrin depuis deux mois. Sa mère l'y a placé parce qu'elle est dans la misère et qu'elle n'avait pas toujours du pain à lui donner.

Examen direct. — Notre sujet offre, ainsi qu'on peut le voir par ses photographies, l'apparence générale d'un enfant. Il est trapu, ramassé, développé en largeur comme tous les crétins. Comme eux aussi, il a un crâne relativement volumineux, en forme de cône, à front fuyant et à occiput à peu près rectiligne. La fontanelle antérieure, bien qu'à peu près ossifiée à l'heure actuelle, est encore facilement reconnaissable. La pression au niveau du vertex paraît être douloureuse. Les

principales mensurations de la tête ont donné les résultats suivants :

Courbe fronto-occipitale	350	millimètres
Courbe bis-auriculaire	350	—
Circonférence horizontale	550	—
Demi-circonférence antérieure	270	—
Demi-circonférence postérieure	280	—
Diamètre antéro-postérieur	190	—
Diamètre transverse	150	—
Indice céphalique	78.94	—

Notre sujet appartient par conséquent au groupe des mésaticéphales de Broca, à celui des sous-brachycéphales de Huxley, Thurmann, Welcker. Comme la plupart des crétins, il se rapproche donc du type brachycéphale, ce qui les distingue, comme on sait, des idiots proprement dits, presque toujours fortement dolichocéphales.

Georges a des cheveux châtain foncé, courts, mais bien fournis. Il a une face d'enfant vieillot. Son nez très épaté, est large à la base, où s'observe une dépression caractéristique ; les narines sont béantes. Les lèvres sont épaisses, l'inférieure déborde et fait saillie en avant ; la mandibule est grosse et lourde, avec tendance marquée au prognathisme. La langue est volumineuse. Les dents, au nombre de vingt-six dont douze en haut et quatorze en bas, sont larges, espacées, presque toutes atteintes de carie. Celles d'en bas ont une disposition manifeste en éventail. Les oreilles sont écartées et à demi ployées à leur partie supérieure par suite, semble-t-il, d'un défaut de résistance du cartilage. Les yeux n'offrent aucune anomalie apparente ; on constate seulement une petite taie sur la cornée droite. La peau de la face est légèrement empâtée, mais sans cette bouffissure qui va, chez certains crétins, jusqu'à l'œdème. Le cou est gros et sur le côté gauche de la trachée existe un goître du volume d'un œuf de pigeon.

Le thorax est celui d'un enfant. Le ventre est gros, le bas-ventre retombe sur les cuisses. Les organes génitaux sont relativement volumineux, sans malformation, parsemés de quelques poils. Le reste du corps est absolument glabre, les genoux sont renflés, les jambes incurvées, surtout la gauche;



les pieds, cyanosés et empâtés, affectent un peu la forme dite *de bêche*. Les bras sont grêles, les mains courtes et petites, la démarche est lente et lourde, la voix est aiguë et mal articulée. Taille : un mètre vingt-deux centimètres ; poids du corps : trente-cinq kilos.

Au point de vue intellectuel, notre sujet n'est certainement pas dans un état d'idiotie, mais plutôt d'imbécillité. Encore n'a-t-il pas de l'imbécile, l'irritabilité, les mauvais instincts, les aptitudes isolées ; c'est une intelligence d'enfant, définitivement enrayée et immobilisée à la période d'évolution. Aussi présente-t-il des rudiments de facultés. Il comprend assez bien ce qu'on lui dit et y répond : il reconnaît les gens et a la notion des actes ordinaires de la vie. Il possède une certaine mémoire, connaît son nom, son âge, son domicile et se souvient des divers membres de sa famille. Il distingue les pièces de menue monnaie. Au point de vue moral, c'est un être paisible et doux qui paraît avoir quelque attachement pour sa mère et se montre reconnaissant des soins qu'on lui donne. Il a des goûts d'enfant et n'a d'autre préoccupation que celle de son bien-être matériel. Une de ses photographies le représente tenant en main une petite raquette, jouet avec lequel il s'amusait à ce moment.

Telle est, en résumé, l'histoire de B... (Georges), et il est facile de voir, d'après ses principaux traits, qu'il s'agit bien là, comme je le disais en commençant, d'un de ces cas connus et décrits sous le nom de *crétinisme sporadique*.

J'ai omis à dessein, dans l'énumération des symptômes, une particularité sur laquelle je dois maintenant revenir.

En examinant Georges, j'avais remarqué qu'il portait de chaque côté du cou, au-dessus des clavicules, une espèce de renflement graisseux ; mais je n'y avais attaché aucune importance et je n'avais vu là qu'un spécimen des nombreuses défectuosités de son organisation physique.



Ce n'est qu'en recherchant dans les auteurs anglais des observations de crétinisme sporadique que je trouvai ces « tumeurs graisseuses symétriques sus-claviculaires » notées comme un des caractères distinctifs et constants de cette variété de dégénérescence.

Curling, le premier, les avait signalées en 1850, dans deux cas d'arrêt de développement cérébral, et à l'autopsie, avait constaté qu'il s'agissait de collections superficielles de graisse. Un autre cas avait été rapporté par le Dr Down en 1869. En 1871, dans une note sur le *crétinisme sporadique en Angleterre*, le Dr Hilton Fagge insista longuement sur ces gonflements supra-claviculaires et en fit un caractère constant dans la maladie. Depuis, le Dr Fletchter Beach, en 1874, dans les *Path. Transac.*; en 1876, dans le *Mental Science;* enfin, en 1881, au Congrès international de Londres, a rapporté plusieurs de ces cas d'*idiotie crétinoïde* ou *idiotie sporadique*, comme il les appelle, en faisant ressortir dans chacun d'eux la présence des tumeurs symétriques sus-claviculaires. Bucknill et Tuke, dans leur *Traité de Médecine psychologique*, ont également cité un fait de ce genre.

Je fus d'autant plus surpris de cette unanimité d'opinion des auteurs anglais sur la fréquence et la valeur de l'anomalie en question que j'en ignorais absolument l'existence, aucun des auteurs français n'en ayant encore parlé, au moins à ma connaissance. Je me rappelle même très bien que le crétin des Batignolles, que j'ai eu longtemps sous les yeux en 1882, à la clinique de Sainte-Anne, n'en présentait pas la moindre trace.

L'observation de notre sujet est donc un exemple français bien typique de ces cas de crétinisme sporadique avec pseudo-lipomes symétriques sus-claviculaires



rapportés et décrits par nos confrères d'Angleterre et elle semble confirmer leur manière de voir sur la maladie. Un seul point nous sépare. Pour les auteurs anglais, en particulier pour le Dr Hilton Fagge, le goître n'existe jamais dans le crétinisme sporadique, et c'est l'atrophie du corps thyroïde (si elle est constante) qui est la cause des autres phénomènes de la maladie. Or, on a vu que Georges présente un goître, unilatéral et peu volumineux il est vrai, mais néanmoins très apparent. Je dois dire à cet égard que sa mère n'a constaté l'existence de ce goître que depuis trois ou quatre ans, tandis qu'elle s'est aperçue de la présence des tumeurs sus-claviculaires dès l'âge de six ou sept ans.

Il me paraît assez superflu de soulever à propos du fait actuel une question de diagnostic qui est indiscutable et que l'existence de l'anomalie cutanée, considérée par les Anglais comme caractéristique, rendrait encore plus évidente s'il en était besoin. Le seul état de dégénérescence avec lequel l'infirmité de Georges pourrait être confondue est le myxœdème ou cachexie pachydermique. Mais, outre que le malade ne présente pas les traits essentiels de cette affection, en particulier l'œdème dur des téguments avec désquamation furfuracée, on sait que cette dégénérescence est surtout une maladie de l'adulte. Et, quant au myxœdème qu'on aurait observé chez les enfants, j'avoue n'être pas bien sûr qu'il ne s'agît pas là précisément de crétinisme sporadique.

La seule question véritablement importante à se poser dans l'espèce est celle de l'étiologie. Et ici, deux opinions se présentent, que je me borne à formuler sous forme d'interrogations, n'ayant pas de données suffisantes pour les résoudre :

1° La cause habituelle de la dégénérescence crétino-



goîtreuse, spécifique ou non spécifique, n'existe-t-elle pas dans le cas actuel, bien qu'elle n'apparaisse pas d'une façon évidente, soit dans la famille, soit dans le milieu?

2° Le crétinisme ou une infirmité identique (idiotie crétinoïde, ou pseudo-crétinisme) ne peut-il pas survenir en dehors des causes qui produisent l'endémie et être, par exemple, le résultat d'états pathologiques divers dans l'ascendance, notamment de la tuberculose, de la syphilis ou d'affections graves du système nerveux?

Chacune de ces deux hypothèses peut être soutenue. Je pencherais pour ma part pour la dernière, en faveur de laquelle semble militer l'existence du myxœdème et de la cachexie strumiprive, qui peuvent être considérés également comme des pseudo-crétinismes.

Mon excellent ami M. X. Arnozan, dans le service duquel est placé Georges, et à qui je dois tant de reconnaissance pour avoir bien voulu le mettre à ma disposition, m'a également signalé, à propos des tumeurs graisseuses sus-claviculaires qu'il présente, l'existence de travaux spéciaux sur ce sujet. Je suis heureux de lui laisser maintenant la parole pour indiquer ce qui a trait à cette question.

E. Régis.

Les deux tumeurs symétriques que notre malade porte sur les côtés du cou semblent dignes d'arrêter un instant l'attention. Chacune d'elles forme une petite masse, allongée obliquement en bas, en avant et en dedans, partant de la partie moyenne du bord postérieur du sterno-mastoïdien et venant passer au-devant de la partie moyenne de la clavicule. Elle



est mince, souple, mobile sur les parties profondes, moins mobile à l'égard de la peau, avec laquelle on peut la déplacer. Le tégument n'est altéré à ce niveau ni en épaisseur ni en coloration. La sonorité est parfaite à la percussion.

C'est là un double exemple de ce qui a été décrit depuis une dizaine d'années sous le nom de *pseudo-lipome* et dont notre excellent ami Pousson a présenté un cas si intéressant et si bien étudié l'an dernier, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Pour ne pas être très ancienne, l'histoire de cette lésion n'en est pas moins devenue très obscure, grâce à la prétention de quelques médecins qui ont voulu ranger sous la même étiquette des cas probablement fort dissemblables. MM. Potain et Verneuil, en 1879, ont signalé, presque en même temps « cette affection qui n'avait encore été décrite par personne et qui était caractérisée par une tuméfaction se développant généralement d'une façon symétrique dans les triangles sus-claviculaires de quelques sujets entachés d'arthritisme ». (Audiat. *Du pseudo-lipome sus-claviculaire*, thèse de Bordeaux 1888.) Mais, dès cette époque, la divergence éclate, et tandis que Potain considère ces tuméfactions comme des œdèmes, Verneuil les regarde comme des lipomes non encapsulés, comme des pseudo-lipomes. En 1883, dans un travail des plus intéressants, M. Petit recherche si des cas analogues n'ont pas été antérieurement décrits, si quelques auteurs anciens n'ont pas fait du pseudo-lipome sans le savoir. Il rencontre, en effet, un assez grand nombre d'observations, surtout en Angleterre, et classe en quatre groupes les malades qui ont été reconnus porteurs de tuméfactions sus-claviculaires : arthritiques, diabétiques, myxœdémateux, crétins sporadi-

ques. Seulement, entraîné par son amour de la synthèse, il fait rentrer le diabète et le myxœdème dans l'arthritisme, et le crétinisme sporadique dans le myxœdème; de telle façon que l'unité est parfaite. D'après lui, en dehors des tumeurs régulièrement classées, les tuméfactions indolores et incolores du creux sus-claviculaire sont des pseudo-lipomes et ne reconnaissent qu'une seule cause, l'arthritisme. Depuis ce mémoire jusqu'à la thèse récente de M. Audiat, qui considère le pseudo-lipome comme une boule d'œdème, les auteurs sont restés divisés en deux camps, les uns tenant pour la graisse, les autres pour la sérosité; et aucun n'a soutenu l'idée, pourtant bien simple, que ces tuméfactions sus-claviculaires pouvaient bien n'être pas toutes de même nature, que chez les uns elles étaient œdémateuses, et chez les autres pseudo-lipomateuses. C'est cependant là que nous semble être la vérité.

Chez des sujets rhumatisants, nerveux, on voit le creux sus-claviculaire se tuméfier rapidement, conserver plus ou moins longtemps cet état de gonflement; puis, très rapidement encore, s'affaisser et reprendre sa concavité normale. Ces brusques modifications de volume ont été signalées par Potain; Audiat y a insisté avec raison; mais, avant eux, de Stoffella (de Vienne) les avait décrites et avait même expressément mentionné qu'elles coïncidaient chez ses malades avec l'invasion et le déclin d'accès de névralgie cervico-brachiale (voyez Arnozan, thèse d'agrégation, 1880). Dans des cas semblables, bien qu'il n'y ait pas d'autopsie, il est difficile de renoncer à l'idée d'œdème.

Mais, au contraire, il est des cas où ces tuméfactions, quoique présentant avec les premières une certaine analogie, s'en distinguent par leur permanence, par



leur fixité; et c'est ce qui semble se passer non seulement chez notre jeune malade, mais d'une façon générale chez les sujets atteints de crétinisme sporadique. Alors on a affaire au pseudo-lipome. Comment pourrait-on d'ailleurs songer à un œdème en présence de ces tumeurs que l'on déplace en masse, qui sont tout à fait superficielles et où le doigt ne peut imprimer la cupule caractéristique de l'œdème? Au surplus, toute discussion est ici inutile, car l'accumulation de graisse a été constatée par Curling (cité par Petit) chez une petite fille atteinte de crétinisme sporadique : « Sur les côté du cou, en dehors des muscles sterno-cléïdo-mastoïdiens, étaient deux tumeurs symétriques, molles, de sensation pâteuse et incompressibles. Elles étaient de forme ovale, couchées obliquement sur le côté du cou et s'étendant depuis le bord du muscle trapèze jusqu'au milieu de la clavicule. A l'autopsie, elles étaient constituées par des collections superficielles de tissu graisseux, sans aucune enveloppe propre et réunies lâchement aux parties voisines. » Curling avait signalé la présence des tumeurs graisseuses du cou chez deux sujets dont le corps thyroïde était atrophié et il supposait déjà que l'altération de cette glande devait être la cause du développement de ces tumeurs. Les recherches ultérieures semblent confirmer cette vue ingénieuse. D'une part, en effet, Hilton Fagge et Fletchter Beach ont relevé plusieurs de ces tumeurs graisseuses du cou chez des sujets atteints de crétinisme sporadique et les regardent avec raison comme des attributs essentiels de cette variété de crétinisme. D'autre part, Ord, Lloyd, Dyce Dukworth, Ridel-Saillard ont noté le pseudo-lipome dans le myxœdème, affection qui se rattache peut-être au crétinisme, qui est en rapport comme lui avec une

atrophie du corps thyroïde. Notre sujet offre un cas de plus à ajouter à ce chapitre encore peu connu de la pathologie.

Je crois intéressant de joindre à cette note une planche empruntée au travail présenté par M. Fletchter Beach au Congrès international de Londres en 1881. Elle montre très nettement la nature et les dispositions des tumeurs graisseuses sus-claviculaires telles qu'elles existent habituellement dans le crétinisme sporadique. Dans le cas du D[r] Beach, il s'agissait d'une jeune fille de cinq ans, décédée à l'Asile d'aliénés de Clapton des suites d'une bronchite et dont l'observation est rapportée tout au long sous la dénomination adoptée par l'auteur d'*idiotie crétinoïde*.

X. Arnozan.

EXPLICATION DES PLANCHES

Planche I. — G. vu de face (physionomie et tête de crétin).

Planche II. — G. vu de côté (goitre unilatéral, pseudo-lipomes sus-claviculaires beaucoup plus apparents sur le sujet.

Planche III. — G. en pied (caractères généraux de la constitution crétineuse.

Planche IV. — Aspect à l'autopsie des pseudo-lipomes sus-claviculaires dans le crétinisme sporadique. (Tiré du travail du D[r] Fletchter Beach. *Congrès International de Londres*, 1881).



LES

CHEFS DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

ET LE CONCOURS POUR L'ADJUVAT

DANS LES ASILES DE LA SEINE

Le décret récent qui vient d'établir le concours pour les fonctions de médecins-adjoints dans les asiles de la Seine, renferme un dernier article (article 8) ainsi conçu :

« ART. 8. — Ne sera pas soumis aux épreuves du « concours institué par le présent arrêté, le chef de la « clinique des maladies mentales, organisée à l'asile « Sainte-Anne, lorsqu'il sera chargé des fonctions de « médecin-adjoint dans cet établissement, conformément « aux dispositions des articles 3 et 4 de l'arrêté minis- « tériel du 8 octobre 1879. »

Cette disposition, qui semble consacrer un privilège en faveur des chefs de clinique, ne fait en réalité que constater la nature des fonctions qui leur sont dévolues et le grade qui leur est déjà conféré.

On sait en effet qu'à l'époque de la création de la chaire des maladies mentales, une discussion très vive s'est élevée au sujet de son emplacement. Il fallait de toute nécessité que la clinique fût établie dans une maison d'aliénés. Or l'opposition de certains médecins intéressés dans la question, ne permettait de l'établir

ni à la Salpêtrière, ni à l'asile Sainte-Anne, ni dans aucun autre établissement similaire. On avait même proposé d'installer la chaire nouvelle dans un asile spécialement construit à cet effet. Mais les devis de l'architecte chargé de ce travail, comportaient une dépense de 1,350,000 francs. Devant un pareil chiffre l'administration dut reculer.

Ce n'est qu'après des négociations longues et fastidieuses et qui ont couvert un espace de deux ans et demi, sans profit pour personne, excepté les obstructionnistes, qu'il fût possible d'installer enfin la chaire nouvelle à l'asile Sainte-Anne. Mais il avait fallu consentir à une transaction pour obtenir ce résultat. Par un arrêté en date du 8 octobre 1879, le professeur Ball fut nommé médecin en chef du service de la clinique des maladies mentales ; mais le chef de clinique, médecin-adjoint, fut chargé de le suppléer dans tout ce qui concerne la direction et le traitement des malades, ainsi que la responsabilité qui incombe au médecin en chef (1).

Cette séparation des pouvoirs, qui dans le principe, correspondait à un sentiment de défiance, a donné dans la pratique les meilleurs résultats. Le professeur, libre de toutes les préoccupations qui accablent les médecins en chef, a pu se livrer avec le plus grand succès à l'enseignement clinique des maladies mentales. L'affluence des élèves à son cours a dépassé toute attente ; et d'autre part le service de la clinique n'a jamais donné lieu à une seule plainte ; les évasions y sont moins nombreuses que partout ailleurs, et les accidents y sont presque inconnus.

Il est donc évident que les critiques récentes dirigées

(1) Arrêté du 8 octobre 1879.



par certains journaux de médecine contre l'article 8 du décret ci-dessus indiqué, sont absolument sans aucune portée et tombent d'elles-mêmes devant la lecture des arrêtés officiels.

Les chefs de clinique sont simplement autorisés à conserver le grade qui leur a été conféré par décret, à la suite d'un concours. C'est ce qui ressort de l'arrêté de nomination par lequel ils ont été créés médecins-adjoints.

Voici en effet les deux textes de nomination qui se rapportent aux médecins nommés chefs de clinique.

Voici d'abord l'arrêté qui confère le grade de *médecin-adjoint :*

Art. Ier. — M. le Dr ***, chef de la clinique des maladies mentales instituée à l'asile Sainte-Anne, est nommé pour deux ans médecin-adjoint audit asile, en remplacement de M. le Dr *** dont les fonctions sont expirées.

Art. 2. — Comme médecin-adjoint chef de clinique, M. le Dr *** sera tenu dans la section de l'asile Sainte-Anne affectée à la clinique, à l'accomplissement des obligations imposées par les art. 8, 12, 14, 18, 20 et 41 de la loi du 30 juin 1838 et par les art. 7, 8 et 9 de l'ordonnance du 18 décembre 1839.

Art. 3. — Outre le traitement annuel qui lui sera alloué par arrêté spécial de M. le ministre de l'intérieur, M. le Dr *** jouira, comme ses collègues des asiles d'aliénés de la Seine, du logement dans l'asile, de l'éclairage, du chauffage et d'une indemnité de nourriture de 600 francs.

Art. 4. — Le secrétaire général de la préfecture et le directeur des affaires départementales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui aura son effet à partir du 1er novembre 1886.

Voici en second lieu l'arrêté qui lui confère les fonctions de *médecin en chef:*

Art. 2. — Conformément aux dispositions de l'art. 5 de

l'arrêté ministériel sus-visé du 8 octobre 1879, le D^{r} *** *remplira sous sa responsabilité*, dans la section de l'asile Sainte-Anne affectée à la clinique, *toutes les obligations imposées aux médecins en chef des asiles publics* par la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839.

Art. 3. — Le conseiller d'Etat, le directeur de l'administration départementale et communale et le préfet de la Seine sont chargés d'assurer, chacun en ce qui le concerne, l'exécution du présent arrêté.

Il ressort donc clairement de ces deux arrêtés que le chef de clinique ne remplit pas seulement les fonctions de médecin-adjoint. 1° Il est *nommé médecin-adjoint* et 2° il est *chargé de remplir les fonctions de médecin en chef*. Vouloir obliger ces jeunes médecins à concourir de nouveau pour un grade qui leur a été déjà conféré, *après concours*, et alors qu'ils ont exercé pendant deux ans les fonctions d'un grade supérieur, ce serait abuser d'un principe, excellent en lui-même, mais qu'il ne faut point exagérer jusqu'à l'absurde.

Notons d'ailleurs que la limite d'âge (30 ans) imposée aux candidats, pourrait souvent empêcher les chefs de clinique, au sortir de leurs fonctions, de se présenter à l'adjuvat des asiles. Les concurrents au clinicat sont, en effet, pour la plupart, d'anciens internes des asiles ou des hôpitaux ayant terminé leur temps d'exercice; et souvent un chef de clinique, pour obtenir son grade, a dû concourir deux fois avant de réussir.

On arriverait donc, de la sorte, à interdire l'accès des asiles à des jeunes gens qui ont un titre de plus que les autres. Assurément le principe de concours n'aurait rien à voir dans une exclusion aussi peu justifiée.

Un étrange argument a été invoqué dans cette circonstance. L'agrégation, dit-on, ne donne pas le titre



de médecin des hôpitaux, qu'il faut conquérir par un concours nouveau.

Il faut être bien peu au courant des règlements et des coutumes de la Faculté de médecine pour confondre des choses aussi parfaitement dissemblables.

L'agrégé est un professeur d'un ordre spécial, et peut s'intituler avec raison *professeur agrégé*. Il remplit, au point de vue de l'enseignement et des examens, les mêmes fonctions qu'un titulaire. La principale différence qui sépare les deux ordres de professeurs, c'est que les agrégés ne sont nommés que pour neuf ans, et sont quelquefois chargés de suppléer les professeurs titulaires, ce qui ne les empêche pas de faire souvent des cours et des conférences pour leur propre compte.

Les chefs de clinique médicale, chirurgicale et obstétricale sont, au contraire, chargés de veiller au traitement des malades, sous la direction du professeur, et de lui permettre ainsi de vaquer plus spécialement aux soins de l'enseignement.

Les fonctions de chef de clinique sont d'ailleurs incompatibles avec le grade d'agrégé, ainsi qu'il est formellement stipulé dans les règlements.

Quant aux médecins des hôpitaux ils ne sont pas des adjoints, mais des médecins en chef. En effet, chaque médecin ou chirurgien est chef dans son service, et possède des attributions, qui n'ont jamais été dévolues aux adjoints des asiles.

L'article 8 du décret dont il s'agit, nous paraît donc absolument inattaquable. Loin d'être un acte de favoritisme, il constitue un acte de justice et de saine administration.

Mais, pour compléter le décret, il faudrait mettre au concours les fonctions de médecin du bureau central

d'admission et de répartition, au lieu de les laisser indéfiniment dans les mêmes mains, ce qui est contraire à toute équité. Après cinq ans d'exercice, les médecins du bureau central devraient être nommés médecins en chef d'un service de traitement, ce qui permettrait aux jeunes de concourir pour des fonctions qui leur sont interdites actuellement, en vertu d'un monopole abusif, et absolument contraire aux idées républicaines et aux vrais principes de la démocratie.

B. B.



ARCHIVES CLINIQUES

UN CAS DE CHORÉE HÉRÉDITAIRE DE L'ADULTE

(MALADIE DE HUNTINGTON)

PAR

M. KLIPPEL, interne des Hôpitaux
et **F. DUCELLIER**

L'observation qui va suivre est un cas bien net de « Chorée héréditaire de l'adulte » ou maladie de Huntington.

Nous devons faire remarquer une fois de plus, pour ce qui concerne notre malade, l'association de troubles psychiques aux mouvements choréiques (émotivité, actes impulsifs, hypochondrie, idées de suicide, affaiblissement intellectuel), en coïncidence chez lui avec l'asymétrie crânio-faciale et la forme ogivale de la voûte palatine, le malade étant à la fois un choréique et un dégénéré par hérédité.

Depuis le travail de Huntington, plusieurs observa- de la maladie décrite par lui, ont été publiées. sons suivre notre travail d'un index bibliogra- tous les faits analogues parus à notre con- qu'à ce jour.

OBSERVATION

de vingt-neuf ans, entré le 21 août



1888 dans le service de M. le professeur Ball, hôpital Laënnec, salle Larochefoucauld, lit n° 20.

Antécédents héréditaires. — Le malade donne les renseignements suivants sur ses parents :

1° *Grand-père paternel*, rhumatisant, irritable, présentait des mouvements analogues à ceux du malade et ayant apparu assez tard ; il est mort à cinquante ans, atteint de chorée;

2° *Père*, mort à quarante-cinq ans, alcoolique, sujet à de violents accès de colère. Le malade dit que son père était atteint de la même maladie que lui (même plus forte) et qui aurait débuté à l'âge de trente-cinq ans;

3° *Mère*, rhumatisante, très nerveuse, morte d'une affection pulmonaire;

4° *Trois frères*, bien portants, mais tous impressionnables et colériques;

5° *Une sœur*, qui dans sa jeunesse avait des accès d'agitation pendant la nuit. Actuellement elle est âgée de vingt-sept ans, mariée et a quatre enfants. Le ménage est très agité (le mari alcoolique, a passé deux fois aux assises pour voies de fait). Une des filles, âgée de dix ans, est excessivement nerveuse, colérique, pleurant ou faisant une scène pour une bagatelle. La deuxième fille, âgée de sept ans, est bien portante. Les garçons, âgés l'un de neuf ans, l'autre de deux ans, ne présentent rien d'anormal.

Trois oncles paternels :

1° Le premier «Joseph» mort à trente ans, était obèse et alcoolique. Il était atteint, depuis l'âge de vingt-cinq ans, de tremblements et de mouvements convulsifs.

2° Le deuxième «Victor» mort à quarante ans, ancien gendarme, a dû quitter son corps à cause de tremblements et de secousses musculaires involontaires qui le rendaient impropre au service. Ces phénomènes auraient apparu vers l'âge de trente-cinq ans.

3° Le troisième «Théophile» mort à cinquante ans, alcoolique, présentait des mouvements anormaux comme ses frères ; il est mort subitement.

Deux oncles maternels, tous deux alcooliques :

1° Le premier, mort à cinquante ans, paralysé. Il a eu deux



filles dont l'une, atteinte d'aliénation mentale est morte à l'âge de quinze ans.

La deuxième vit, mais perd parfois la raison.

2° Le deuxième oncle est bien portant ainsi que ses enfants.

Treize tantes maternelles, dont neuf sont mortes. Des quatre vivantes trois sont bien portantes et ne présentent rien de particulier ; la quatrième, âgée de soixante-dix ans, rouait de coups le malade dans sa jeunesse.

Nous mettons ici, sous forme de tableau, la généalogie de notre malade :

TABLEAU GÉNÉALOGIQUE

Grand-père
choréique

1° Oncle Joseph *choréique* — 2° *Père* *choréique* — 3° Oncle Victor *choréique* — 4° Oncle Théophile *choréique*

1° Trois frères très nerveux — 2° *Vincent* *choréique* — 3° Sœur très nerveuse

1° fille très colérique — 2° trois enfants indemnes

Antécédents personnels. — Jusqu'à l'âge de quinze ans notre malade a été bien portant ; il paraît cependant avoir été entaché de scrofule car il dit avoir eu dans son enfance, « des glandes au cou ». De bonne heure, il s'est fait remarquer par un caractère très irritable, pleurant ou entrant dans de violentes colères pour la moindre contrariété. A partir de quinze ans, il a commencé à avoir des secousses musculaires involontaires ; les jambes ont été prises les premières, puis les épaules et la face qui, par moments, devenait grimaçante ; de plus, le malade avait une incontinence d'urine qui ne cessa qu'à vingt-trois ans. A vingt et un ans, au régiment, où son état de maladie avait été reconnu, mais jugé pas assez grave pour être un cas de réforme, il eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu, pour laquelle il est resté un mois à l'infirmerie. Le malade a peut-être eu une complication cardiaque, car il dit qu'on lui a appliqué plusieurs sinapismes sur la région précordiale. En tous cas il n'en reste aucun vestige actuellement; à vingt-trois ans, toujours au régiment, il a eu une pleurésie



gauche. — En Afrique, à vingt-quatre ans, il a contracté la fièvre intermittente qui, dit le malade, a considérablement aggravé sa maladie. En effet après son retour d'Afrique les secousses musculaires involontaires qu'il éprouvait depuis sa jeunesse, augmentèrent tellement d'intensité qu'il fut bientôt incapable de faire un travail sérieux. Sa démarche était devenue sautillante et la préhension des objets très difficile. Son sommeil était agité et interrompu par de violentes secousses qui, bien souvent, ont jeté le malade hors de son lit. Son intelligence parait toujours assez faible ; il a fréquenté l'école pendant cinq ans, mais n'a jamais pu apprendre que les éléments de la lecture, de l'écriture et du calcul. A l'école, dès que le maître le grondait, il se troublait et pleurait abondamment. Avec ses camarades il a toujours été fort maussade et irritable. Au régiment, son humeur querelleuse lui a valu force punitions.

Il a eu des hallucinations, se croyant poursuivi par des couleuvres, des lézards ou des gens qui voulaient l'assassiner. Un jour, quoique n'ayant pas un sou dans sa poche, il entra dans un restaurant, se fit servir copieusement à dîner et quand vint le moment de payer, déclara tout simplement qu'il en était incapable. Ce méfait lui valut quelques jours de prison. Il a eu souvent l'idée de se suicider, mais au moment de mettre son idée en pratique, il a toujours renoncé. En juillet 1888, il entra à l'hôpital Laënnec, salle Bayle, mais il dut bientôt en sortir, son caractère irritable et querelleur l'ayant rendu insupportable,

Le 21 août 1888, il entra à la salle Larochefoucauld (Hôpital Laënnec), lit n° 20, où nous l'observons :

Etat actuel. — Poi..., est un homme de taille moyenne, blond, doué d'un embonpoint modéré, paraissant, au premier abord, robuste et fortement constitué.

Sa face présente une asymétrie manifeste ; elle est plus développée et les traits sont plus accentués à droite qu'à gauche. Les yeux, bleus, sont normaux ; on n'y remarque ni dilatation ni constriction pupillaire, mais le regard est vague et contribue avec l'asymétrie faciale, à donner au malade un aspect fort sournois. Le crâne a une forme très arrondie, mais la moitié droite est plus bombée et plus élevée que la moitié



gauche. De plus, on remarque un peu partout des saillies assez marquées. La voûte palatine est ogivale.

Actuellement la face est calme; on n'y voit pas de mouvements anormaux, même lorsque le malade parle. Il n'en est pas de même au tronc et aux membres.

Ces parties sont soulevées, à intervalles rapprochés, par des mouvements brusques, saccadés et dont l'amplitude varie à chaque secousse. Ces mouvements se montrent sur les deux côtés du corps, mais leur force et leur amplitude sont beaucoup plus grandes du côté droit que du côté gauche. C'est à cause de cela que le malade se couche de préférence sur le côté gauche. Les contractions paraissent se faire toujours dans les mêmes muscles, par suite provoquent des mouvements toujours les mêmes, se succédant toujours dans le même ordre, à intervalles assez rapprochés mais inégaux.

La succession de ces mouvements forme une sorte de « cycle défini », les mouvements commençant toujours par la même extrémité du corps pour finir par une autre toujours la même. Les contractions musculaires commencent aux membres inférieurs; ce sont les extenseurs et les adducteurs qui en sont le siège. Le premier mouvement est un mouvement de flexion du pied sur la jambe, provoqué par une contraction brusque du jambier antérieur et des extenseurs des orteils. Il est aussitôt suivi d'une extension de la jambe sur la cuisse par suite de la contraction du triceps fémoral et surtout du droit antérieur. A peine ce mouvement est-il terminé qu'une secousse brusque des muscles adducteurs de la cuisse porte tout le membre inférieur dans l'adduction.

Ces phénomènes se produisent simultanément dans les deux membres (mais plus fortement dans le membre droit); il en résulte que, dans cette dernière secousse, il y a choc entre les parties internes des cuisses et des jambes amenées au contact.

Ces contractions passent rapidement d'un groupe musculaire dans un autre; les muscles se relâchent brusquement et les membres inférieurs reviennent à leur position normale.

Pendant ce temps les contractions gagnent les parties supérieures du corps et se montrent d'abord dans les muscles de la paroi abdominale. A peine le mouvement d'adduction des cuisses est-il terminé, qu'on voit ces muscles se contracter

à droite d'abord, puis à gauche. — Le mouvement résultant est une incurvation des parties latérales de l'abdomen, une sorte d'ondulation, de vague, se propageant de droite à gauche.

Ces phénomènes sont à peine terminés que les deux épaules sont soulevées par un mouvement d'élévation et d'abduction. L'avant-bras s'étend sur le bras, puis la main s'étend sur l'avant-bras, pendant que les doigts sont eux-mêmes en extension et agités d'un léger tremblement.

Toutes ces contractions se succèdent très rapidement; lorsqu'elles ont pris fin, on voit le sterno-mastoïdien droit se contracter et porter la face du côté gauche, mais le malade ramène instinctivement et immédiatement la face dans la rectitude.

Les contractions ne se montrent pas à la face, mais elles s'y sont montrées autrefois, au dire du malade.

Par la contraction du sterno-mastoïdien droit le « cycle » est fermé; il ne dure pas plus d'une demi-minute. Entre ce cycle et le suivant, qui recommencera de la même façon, il s'écoule un intervalle variable, mais qui est d'autant plus court que le malade est plus fatigué, plus émotionné ou plus pressé de questions.

Les contractions atteignent aussi les muscles de la langue; lorsqu'on fait ouvrir la bouche au malade, on remarque que la langue est dans une agitation presque continuelle; on y voi des mouvements latéraux, puis une sorte de soulèvement de la partie postérieure et enfin une projection en avant, phénomène qui rappelle assez bien la langue des serpents. Par suite la parole est hésitante, bégayante et saccadée; le mot est long à venir, ce qui impatiente souvent le malade.

Les muscles du pharynx sont aussi pris par intervalles; le malade a alors une sensation de constriction ou des mouvements de déglutition difficiles.

La préhension des objets est difficile et fort imparfaite. Lorsqu'on dit au malade de porter à ses lèvres un verre d'eau, qu'on lui présente, il finit, au bout d'un instant, par arriver au but, mais pour cela le membre supérieur a dû décrire une sorte de ligne brisée dont les différentes étapes se font brusquement, les points d'intersection de deux lignes étant le siège d'un court repos.



La démarche du malade est sautillante et mal assurée, phénomène qui est accentué par l'occlusion des yeux.

La sensibilité sous ses trois formes : au contact, à la pression et à la température, paraît normale. En tout cas elle n'est nullement diminuée.

Le réflexe rotulien et le réflexe du pied sont sensiblement exagérés, surtout du côté droit.

Le malade entend bien, mais il a parfois des bourdonnements d'oreilles; ce sont tantôt des voix qui lui parlent et l'insultent, tantôt des sifflets de locomotive.

L'acuité visuelle est faible, mais elle paraît avoir toujours été à ce degré.

L'odorat et le goût sont normaux. Le malade éprouve une céphalalgie peu intense, mais continue. Il dort peu et mal, soit que son sommeil soit troublé par les secousses musculaires, soit que des cauchemars pénibles le réveillent à chaque instant. Dans ses rêves il voit toujours des couleuvres qui le poursuivent ou des gens qui l'insultent et veulent le frapper.

ETAT MENTAL. — L'intelligence est très médiocre, ce qui n'empêche pas le malade d'être très rusé. — La mémoire est très faible, au point qu'il ne se souvient pas de ce qu'on lui a dit la veille. Son caractère est le même que celui qu'il avait dans sa jeunesse et au régiment; il est sournois, querelleur, batailleur. — Pour la moindre bagatelle il s'émeut et il sent « comme quelque chose qui le pousse à frapper ». Il est très émotif et lorsque la bataille ou la querelle est terminée il reste pensif, se repent et bien souvent pleure. Parfois même il a eu l'idée de se suicider. — Son humeur est changeante à un point extraordinaire; il critique tout et n'est jamais content; c'est ainsi qu'il a demandé à quitter l'hôpital uniquement parce qu'on ne lui donnait pas les douches dont il avait envie.

L'examen des différents appareils ne fournit rien de bien particulier à noter.

APPAREIL DIGESTIF. — La déglutition est parfois difficile, à cause d'une certaine constriction du pharynx; la digestion se fait bien et les selles sont régulières.

APPAREIL CIRCULATOIRE. — Le pouls est normal. A l'auscultation du cœur les deux bruits sont bien frappés ; on n'entend



pas de bruit supplémentaire ni de souffle. Son attaque de rhumatisme n'a donc pas laissé de traces apparentes.

Appareil respiratoire. — La cage thoracique est ample et bien conformée. Les poumons sont parfaitement sains.

Les urines sont normales. L'état général de la nutrition est excellent.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1° Huntington. — *On Chorea* (Philadelphie 1871.)

2° Ewald. — *Zeig Falle choreatischer Zwangbewegung mit ausgesprochener Hereditat. (Zeitschrit für. Klin. méd.*, 1884.)

3° Peretti. — *Berliner Klin. Wocherschrift*, 1885, n° 50.

4° Clarence King. — *Hereditary Chorea. (New-York Journal*, 1885, t. XII.)

5° Déjérine. — L'Hérédité dans les maladies du système nerveux. (Thèse d'agrégation, Paris, 1886, p. 130-140.)

6° Huber. — *Chorée Héréditaire des adultes.* (*Wirchow's Archiw*, Bd, CVIII, H 2.)

7° Hoffman. — *Weber Chorea progressiva.* (*Wirchsw's Archiw*, 1888, Bd. CXI, 3.)

8° Macleod. — Cité par Hoffmann.

9° Eichkorst. — *Chorée Héréditaire des Adultes.* (*Traité de Path. et Thérapie.*)

10° Zacker. — *Un cas de Chorée héréditaire des Adultes.* (*Neurologisches Centralblatt*, 15 janv. 1888.)

11° Charcot. — *Leçons du mardi à la Salpêtrière.* (1887-1888, 27e leçon.)

12° Lannois. — *Revue de Médecine*, n° 8, 10 août 1888.

13° Seppilli. — *Chorée héréditaire.* (*Rev. specim. di Frenatria*, N° 4, 1888.)

14° Wharton Sinkler.—Congrès de New-York, sept. 1888. (*Anal. Méd. Rec.* 22 sept. 1888.)

15° Knapp. — *Ibid.*

16° Mills. — *Ibid.*



PARALYSIE GÉNÉRALE

D'ORIGINE TRAUMATIQUE

OBSERVATION RECUEILLIE PAR LE **Dr L.-F. ARNAUD**
Interne de l'asile Sainte-Anne.

Traumatisme crânien. — Perte de connaissance et phénomènes cérébraux immédiats. — Modification du caractère. — Surdité. — Incapacité de travail. — Troubles intellectuels. — Paralysie générale. — Mort. — Autopsie. — Evolution de la maladie en dix-huit mois.

Le malade dont je rapporte ici l'observation est déjà connu des lecteurs de l'*Encéphale* et des habitués de la clinique des maladies mentales ; il a été présenté au cours de M. le professeur Ball (1) et à la Société médico-psychologique (2). Sa mort, survenue quelque temps après, a permis de vérifier par l'autopsie le diagnostic porté pendant la vie et de compléter l'observation.

Il s'agit d'un nommé B... (Sylvestre), âgé de trente-huit ans, commis retraité des postes, qui arrive dans le service de la clinique, le 10 mai 1888, avec ce certificat très peu explicite :

« Est atteint d'aliénation mentale. Déjà traité dans une « maison de santé. »

Quelques renseignements, fournis dès le lendemain de l'entrée, permettent au chef de clinique, M. le docteur Pichon, de rédiger d'une façon moins sommaire le certificat de *vingt-quatre heures*.

(1) V. l'*Encéphale*, juillet 1888, p. 388 : *Paralysie générale d'origine traumatique*.

(2) Société médico-psychologique, séance du 25 juin 1888.

« Troubles mentaux consécutifs à un traumatisme du crâne
« (collision de deux trains de chemin de fer). Affaiblissement
« des facultés et de la mémoire. Délire d'action, fugues, im-
« pulsions. Paroles sans suite et légers accrocs dans la pro-
« nonciation. Surdité très prononcée. »

« Signé : Dr G. Pichon. »

L'absence de renseignements plus complets et l'état du malade à ce moment n'autorisent pas un diagnostic précis. B.. présente, en effet, une obtusion intellectuelle complète; on ne peut obtenir de lui aucune réponse; il semble même ne rien entendre. Constamment agité, bruyant, turbulent, il ne cesse de marmotter des paroles incohérentes, inintelligibles; il gesticule continuellement et frotte le sol de ses pieds d'un mouvement presque automatique. Sa physionomie exprime à la fois une satisfaction niaise et un vague sentiment de souffrance. B... est faible et amaigri.

La famille nous communique les détails suivants sur l'hérédité et le passé de B...

Antécédents héréditaires : Côté paternel : *grands parents*, pas de renseignements. — *Père très buveur*, encore vivant.

Côté maternel : *grand-père*, mort à quatre-vingt-deux ans, *grand'-mère*, morte à quatre-vingts ans.

Mère, vivante, bien portante.

Enfants, trois garçons, bien portants.

Antécédents personnels. — Rien de notable dans le passé de B... au point de vue pathologique; sa santé avait toujours été satisfaisante. — D'une instruction moyenne, il était entré jeune dans l'administration des postes. Sa conduite était régulière, il ne faisait pas d'excès alcooliques. — Depuis environ deux ans, il occupait l'emploi de *commis-ambulant*, et sa famille avait remarqué qu'il devenait un peu *dur d'oreille ;* on attribuait cela au bruit et à la trépidation du wagon dans lequel B... passait une grande partie de son existence.

Le 28 février 1887, B... se trouvait de service dans un wagon-poste, près de Limoges ; en arrivant en gare, le train auquel il appartenait heurta des voitures qui avaient été laissées par erreur sur la voie. Projeté par le choc contre la paroi de son wagon, B... *perdit connaissance* pendant cinq à



dix minutes. L'occiput avait porté, et l'on put constater sur cette région une plaie du cuir chevelu, longue d'environ quatre centimètres, sans fracture appréciable de la boîte crânienne.

Cette plaie guérit très rapidement, mais B... resta malade et dans l'impossibilité de reprendre son travail pendant deux mois et demi: il avait des *vertiges*, des *maux de tête*, des *bourdonnements d'oreilles ;* sa *surdité* commençante s'était considérablement aggravée ; il ne *dormait plus*.

Il veut essayer de reprendre son travail, mais cette tentative est suivie, dès le premier jour, d'une *crise d'agitation délirante* qui dure deux heures ; B... est condamné au repos pendant six semaines. — Depuis, il n'a pu reprendre ses occupations d'une façon suivie ; après sept ou huit jours de travail, il était obligé de demander un congé.

Avec cette incapacité de travail, se manifestait un profond changement dans le caractère. B... devenait irritable, méchant; il tenait des propos obscènes. Le 12 mars 1888, il est pris, à un enterrement, d'un accès de délire ; il fait du scandale, il prononce un discours grotesque, etc. Depuis cette époque, il n'a pas recouvré la raison ; il est en proie à des *fugues*, à des *impulsions :* il quittait subitement son domicile pour n'y rentrer qu'après quelques jours ; il essaye d'étrangler sa femme, etc. Il fait des *dépenses exagérées*, il *signe des traités absurdes*. Enfin, un *véritable délire des grandeurs* apparait : B... se dit président de la République. On le conduit alors à la maison de santé d'Epinay-sur-Seine (mars 1888).

J'ai dit quel était l'état de B... à son arrivée dans le service. L'examen minutieux du crâne faisait en outre reconnaître, au niveau de *la bosse occipitale droite*, une légère dépression linéaire, longue d'environ quatre centimètres ; il n'y avait pas de cicatrice apparente du cuir chevelu, et il était impossible d'apprécier exactement l'état de l'os sous-jacent.

Juin 1888. — On arrive à obtenir du malade quelques réponses incohérentes, mais permettant de reconnaître les idées délirantes mobiles et confuses que l'on avait observées déjà : il est très riche, il est président de la République, etc.

Affaiblissement énorme des facultés mentales ; plus trace de mémoire ; embarras de la parole.



Au point de vue physique : agitation continuelle, très grande dureté de l'ouïe. Affaiblissement général, gâtisme; B... est définitivement considéré comme paralytique général.

La situation de B... est restée analogue, avec aggravation progressive. Toujours dans un état d'incessante agitation, qui exige son isolement dans une chambre particulière, le malade gesticule et déchire, il marmotte des paroles sans suite. Quoique mangeant beaucoup, il maigrit de plus en plus, il gâte. Les fonctions intellectuelles sont complètement anéanties. — La mort survient dans le marasme, le 16 septembre 1888.

Autopsie. — Crâne ; le cuir chevelu ne présente rien de particulier. Après l'avoir enlevé on constate, un peu au-dessous et en arrière de la bosse pariétale droite, une dépression linéaire de la table externe, longue d'environ quatre centimètres et oblique en bas et en avant ; *rien* à la partie correspondante de la *table interne*. On peut donc affirmer que le choc en ce point n'a produit qu'un enfoncement de la table externe de l'os, sans fracture proprement dite.

Rien également aux points correspondants des méninges et du cerveau.

L'*arachnoïde* et la *pie-mère* sont *épaissies, opalescentes*. La pie-mère *adhère* à la substance corticale ; pour l'en détacher, on enlève des lambeaux de l'écorce. Ces *adhérences* et ces *ulcérations* sont plus étendues sur l'*hémisphère gauche*, celui qui n'est pas en rapport avec la partie du crâne atteinte ; elles occupent les trois faces du lobe frontal, et une partie des faces interne et externe du lobe temporo-pariétal.

L'*écorce est ramollie* et, par le raclage, on produit facilement les *crêtes de Baillarger*.

Piqueté hémorragique à la coupe de la substance blanche.

Pas de granulations à la surface des ventricules.

Aucune trace de lésions en foyer, ni de lésion corticale limitée, notamment au niveau des circonvolutions temporales.

Le plancher du quatrième ventricule, examiné avec le plus grand soin, n'a présenté aucune altération macroscopique.

Cette observation nous semble des plus probantes au point de vue étiologique. B... ne présentait d'autre prédisposition héréditaire ou personnelle que les habitudes alcooliques de son père, c'est-à-dire une prédisposition minima. Il est frappé



en pleine santé ; immédiatement après le choc, on observe des phénomènes cérébraux qui vont s'aggravant progressivement jusqu'aux troubles intellectuels, à la paralysie générale confirmée et à la mort dans la démence et le marasme paralytiques. La *continuité temporelle* entre l'accident initial et l'affection terminale ne saurait être mieux établie; partant la relation de cause à effet ne nous semble pas douteuse. Ce fait est à rapprocher de ceux qu'ont cités Lasègue, Morel, MM. Baillarger, A. Voisin, Ch. Vallon, Ball.

Nous nous bornerons à indiquer l'intérêt médico-légal de cette observation, et nous ferons remarquer qu'elle est complètement négative au point de vue de la localisation du centre auditif. Notons enfin un dernier point : malgré la gravité du choc cérébral subi par B..., gravité démontrée par les symptômes immédiats comme par l'évolution de la maladie consécutive, il n'a été observé à aucun moment des phénomènes convulsifs ou paralytiques. Tandis que ces phénomènes sont de règle dans les traumatismes crâniens atteignant les pariétaux, ils manquent le plus souvent dans les cas où le choc se produit sur les parties antérieures ou postérieures du crâne, c'est-à-dire sur les régions éloignées de la zone motrice corticale.

TRAVAUX ÉTRANGERS

DES TROUBLES D'ESPRIT

DÉVELOPPÉS

A L'OCCASION DE FIANÇAILLES

Par le **Dr Geo. H. SAVAGE** de l'asile royal de Bethlem

(Traduit de l'anglais par le Dr Victor PARANT)

Il m'est souvent arrivé d'être consulté pour des personnes de l'un ou l'autre sexe, chez qui les fiançailles avaient coïncidé avec l'explosion de troubles d'esprit bien marqués. Cette coïncidence me paraît digne d'attention et j'ai cru devoir faire connaître ici le résultat de mes observations à son sujet.

Les troubles d'esprit dont je parle sont communs, et ils ont les uns avec les autres assez de points de ressemblance pour qu'on puisse les grouper ensemble. Ils sont très variables dans leurs manifestations. Le plus souvent ils ne sont que l'exagération de sentiments qui n'ont en eux-mêmes absolument rien d'anormal. Les formes les plus légères se rencontrent chez des personnes qui, pour le reste, sont bien saines,; j'ajouterai d'ailleurs que j'en suis presque venu à croire que la majeure partie des gens, avant leur mariage, passent par ces formes légères de trouble moral. Cela est assurément naturel et facile à comprendre, si l'on veut bien considérer que, dans les mesures de réserve qui sont



imposées par les habitudes de la vie civilisée, les fonctions sexuelles ne peuvent librement s'exercer au moment même où cependant elles sont stimulées, ainsi que les sentiments affectifs, par les habitudes de douce intimité, d'aimables prévenances et de familiarité qui s'établissent entre les fiancés.

Ce qui contribue encore à provoquer alors le trouble mental, c'est la concentration des sentiments et des émotions vers les organes de la reproduction; concentration qui, en majeure partie, est tout à fait incons-ciente, et qui peut réagir même sur les personnes les -us chastes; c'est ainsi que le simple contact de son -cé, un simple serrement de mains, amoureusement produit chez la jeune fille pure des sensations nou- et troublantes. J'ai vu de telles impressions faire ne sorte d'affaiblissement moral ou même des honnêtes. Je sais telle jeune fille qui se prit contre son futur mari, à cause des sensations que les attentions de celui-ci lui faisaient considérait que ces sensations étaient et qu'il était inconvenant à lui de les naginait, en fait, qu'il cherchait à la lant en elle les instincts les plus bas. , bien qu'il soit rarement chaste, il ndant d'observer la continence à le temps des fiançailles, et d'ar- ation génitale marquée qui ne l peut en résulter, d'une part, par suite, des craintes d'im- sorte de trouble émotif un le la femme. Je compare la dyspepsie et je l'ap-

Dans bien des cas, il se fait ainsi comme une accumulation de désirs et de besoins qui, par défaut d'assouvissement, suffisent à produire dans les sentiments et les émotions la dyspepsie dont je parle. Le trouble qui en résulte est normal et peut être transitoire; mais aussi le désordre émotif peut persister, il peut aller jusqu'à mettre l'individu sur un terrain tout à fait morbide, et provoquer finalement un dérangement véritable dans ses facultés affectives ou dans ses facultés intellectuelles.

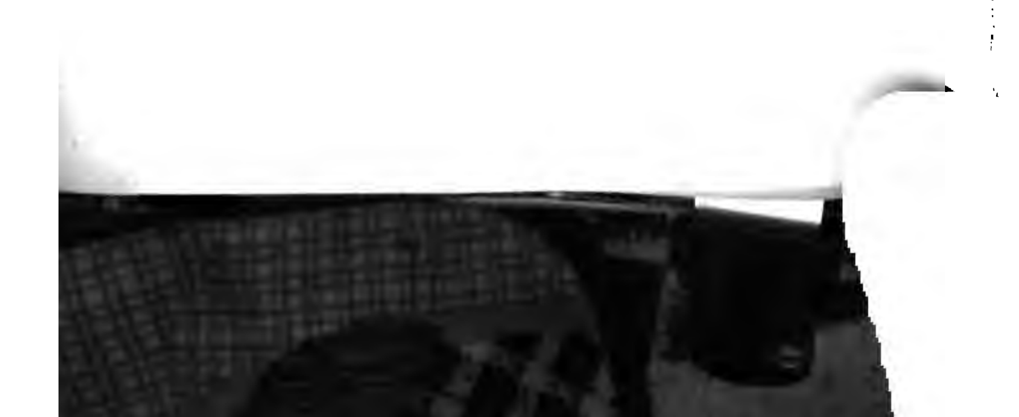
C'est ce dérangement dont il nous faut maintenant déterminer la nature et que nous devons étudier plus complètement dans la manière dont il se développe.

L'état morbide dont il s'agit est assez commun chez les jeunes gens. On le trouve aussi bien chez ceux qui ont des habitudes d'onanisme que chez ceux qui observent absolument la continence. Quelques auteurs croient qu'il n'est qu'un des aspects de la folie d'onanisme; mais je suis certain de l'avoir observé chez des individus étrangers à ce vice et dont la continence était parfaite.

D'après mon expérience, il est très commun chez ceux qui se sont abstenus antérieurement de tout rapport sexuel.

A l'instar d'un grand nombre de névroses légères, il est très fréquent chez les membres des familles névropathes. Il est également fréquent chez des personnes qui, antérieurement, ont eu des atteintes de troubles nerveux, d'hystérie, par exemple. Je ne l'ai jamais rencontré chez des personnes en état de veuvage.

On peut le rencontrer chez de très jeunes personnes, mais, à mon avis, il s'observe plus communément chez des personnes de trente ans et au delà.



Il peut se reproduire plusieurs fois, dans des circonstances semblables, chez une même personne. Ainsi j'ai connu un jeune homme, qui, fiancé une première fois, ne fut guéri que par la rupture des projets de mariage; ayant appris que l'objet de son premier amour venait de se marier, il tomba de nouveau malade, quoique à un moindre degré, et il redevint malade au moment de nouvelles fiançailles avec une autre demoiselle.

La maladie peut avoir un début ou subit ou graduel. Elle peut, comme je l'ai dit tout à l'heure, se borner à un simple trouble émotif, ou dégénérer en un trouble mental plus ou moins grave, avec idées délirantes et autres phénomènes analogues. En règle générale, les symptômes sont d'ordre mélancolique. Il y a concentration exagérée de l'individu sur lui-même, et quelquefois des tendances au suicide.

La manière habituelle dont les faits évoluent est la suivante :

Un jeune homme de réputation bonne et de conduite irréprochable se trouve engagé par promesse de mariage envers une jeune fille qui, elle-même, est un parti très convenable. Pendant quelque temps, la liaison et le développement d'un amour véritable semblent marcher d'une manière satisfaisante. Mais voilà que les amis du jeune homme observent en lui une certaine irritabilité; on voit que, quoiqu'il accomplisse parfaitement bien les devoirs de sa situation, sa vie semble mal remplie; il est toujours ennuyé et se fatigue aisément. Alors il tombe dans la tristesse, s'émeut de la moindre chose, se plaint de pesanteur ou de douleur dans la tête, et est incapable de s'appliquer à quoi que ce soit. A ce moment, et quelquefois même plus tôt, son sommeil est troublé par des rêves, et devient insuffisant, de telle sorte qu'il

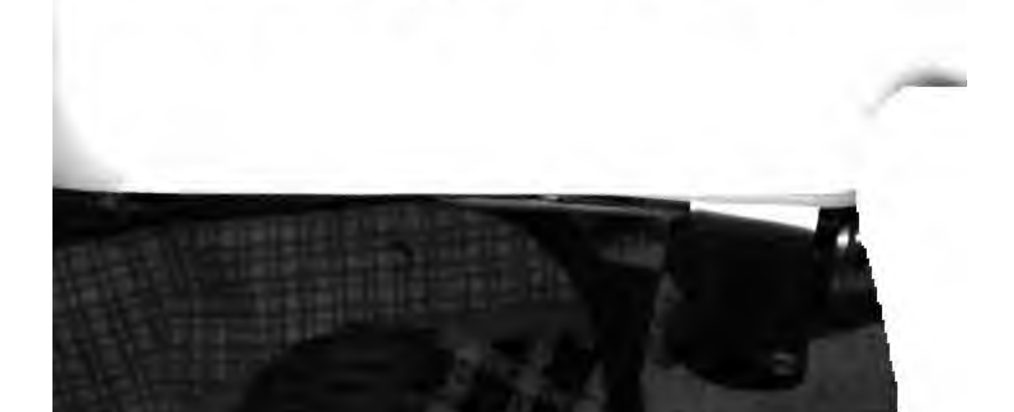
en arrive à redouter l'approche de la nuit, non seulement à cause du défaut de sommeil, mais parce qu'elle fait naître en lui toutes sortes de pensées pénibles.

En cet état, le malade a presque toujours soin de recourir à des agents sédatifs, parmi lesquels le chloral n'est nullement le plus usité. Le sommeil ainsi produit donne rarement de bons résultats, et n'empêche pas les malades de tomber dans un épuisement nerveux de plus en plus marqué. Alors aussi il y a presque toujours de la dyspepsie stomacale, de la constipation; l'anémie survient avec rapidité. Le teint jaunit; les yeux sont cernés. La distraction ou l'absence donnent une amélioration momentanée. Mais le retour dans le même milieu, et la reprise des relations anciennes amènent promptement une rechute.

C'est au milieu de ces diverses circonstances que le jeune homme rompt les engagements pris. Souvent il le fait d'une manière outrageante; il semble vouloir agir de façon à rendre tout retour, tout raccommodement impossible, et c'est ainsi que la rupture amène la famille outragée à porter ses griefs et ses réclamations devant les tribunaux.

La maladie peut s'améliorer; mais elle peut encore pousser plus loin le malade, jusqu'à un état de désespoir au milieu duquel surgissent des idées de suicide. Les symptômes principaux que l'on observe alors sont la perte des sentiments affectifs, l'insomnie et l'incapacité absolue de s'adonner à aucun travail. Chez quelques-uns il survient des accidents émotifs, des attaques hystériformes, où le malade est porté à dire des injures et à tenir des propos inconvenants.

Il peut arriver que la conduite de la fiancée fasse naître un sentiment qui semble contradictoire, celui



de la jalousie, lequel peut amener les dangers d'une tentative homicide. Bien que la rupture des engagements ne puisse plus en elle-même être alors d'aucune efficacité, cependant il est préférable, au point de vue du traitement, de la conseiller, à tout le moins pour quelque temps. Car, de même que la faim peut momentanément améliorer, ou peut même guérir la dyspepsie, de même aussi le trouble moral dont nous nous occupons peut rencontrer son amélioration ou sa guérison dans l'éloignement des causes qui l'ont produit. Laisser recourir alors à des amours illicites, n'est pas sage, tant au point de vue moral qu'au point de vue médical. La satisfaction de l'appétit trompe l'estomac porté à l'indigestion, mais entraîne à sa suite une aggravation du malaise antérieur; la satisfaction des besoins sexuels augmente l'affaiblissement et le désordre des fonctions, et aboutit à une dépression plus grande, à la fois morale et physique.

Le meilleur traitement à suivre, c'est la séparation, le changement de milieu, au moins pendant trois mois, et mieux en général pendant six. Je ne connais aucun trouble mental qui retire un plus grand bénéfice que celui-ci des voyages en mer.

Si les engagements sont renoués après la guérison, il faut abréger le plus possible les délais du mariage.

On ne doit jamais conseiller le mariage comme étant en lui-même un moyen de traitement; car on se trouve en présence d'un double risque, celui de l'impuissance génitale, ou celui du développement d'une forte antipathie, contre laquelle ultérieurement rien ne peut réagir. Il ne faut jamais perdre de vue que le sentiment d'impuissance entraîne souvent après lui le danger des tentatives de suicide.

J'ai vu chez quelques hommes cette propension au suicide se développer dans des conditions où de vulgaires appétits sexuels faisaient place au développement d'un amour pur et véritable. Chez de francs viveurs, cela peut fort bien se produire; voyant se transformer leur sensualité habituelle en un sentiment purement idéal, ils en viennent à croire qu'ils ont perdu leurs aptitudes génitales, ils craignent l'impuissance, ils sont pris d'inquiétude, et par crainte d'être épuisés, usés, ils peuvent mettre fin à leurs jours.

Les troubles dont il vient d'être question, envisagés chez la femme, sont analogues, mais ils ont des aspects féminins.

Prenons une jeune fille qui vient d'être promise en mariage. En recevant les caresses de son fiancé, elle se sent troublée, elle éprouve des impressions particulières, une émotion qu'elle croit n'être pas chaste, émotion qui est en opposition directe avec ses rêves d'amour idéal; alors que ceux-ci sont absolument différents de l'amour matériel. Elle commence à craindre que ce qu'elle éprouve ne soit pas de l'amour véritable, mais que ce soit un sentiment bas, indigne de l'objet auquel elle s'est attachée. Dès lors elle se met à analyser ses impressions; elle est prise d'inquiétude; elle perd le sommeil. Après un certain temps de lutte, elle provoque la rupture des engagements sous un prétexte plus ou moins mauvais, et mauvais en effet, car le fiancé n'arrive pas à croire que le « défaut d'affection » soit la véritable excuse; il est convaincu, au contraire, qu'il s'agit de toute autre cause, l'amour d'un autre homme, ou des bruits fâcheux sur son propre compte. La rupture peut, chez la femme aussi bien que chez l'homme, amener des soulagements et lui donner la conviction



momentanée qu'elle était dans le vrai et qu'elle était réellement incapable d'aimer son fiancé. Les troubles physiques éprouvés à cette époque peuvent comprendre des troubles menstruels, métrorrhagie ou aménorrhée. Les autres désordres sont la dyspepsie, la constipation, l'anémie et la chlorose.

A la suite de tout cela il peut survenir un état de mélancolie véritable ; la malade conçoit l'idée que sa conduite passée doit faire peser sur elle des soupçons graves; elle s'imagine qu'elle a dû réduire son fiancé au désespoir, et que rien ne peut empêcher pour lui un malheur. Dans de telles dispositions surviennent des tendances au suicide, et cela surtout si la mélancolie affecte le type religieux.

Il arrive souvent que, par suite d'une erreur formelle, les malades de ce genre sont traitées comme si elles étaient purement hystériques et comme s'il leur suffisait d'exercer un peu d'empire sur elles-mêmes pour obtenir la guérison.

Dans d'autres cas, on a supposé que le seul traitement de cette soi-disant hystérie était le mariage. J'ai observé plusieurs faits où il en avait été ainsi. Je puis en rapporter un notamment, où les amis de la fiancée commencèrent par suggérer au jeune homme d'éviter toute visite pendant quelques semaines, bien que les engagements fussent maintenus et que même le contrat de mariage fût passé dans l'intervalle. Puis le mariage fut célébré, la cérémonie religieuse fut accomplie; mais pour en arriver là, pour pouvoir conduire la jeune fille à l'église, il fallut la soumettre à l'influence d'excitants. Les jeunes époux commencèrent alors leur lune de miel, mais dans quelles conditions! la femme ne voulut accepter aucunement les approches du mari, et



elle ne consentit même pas à partager son lit; elle se coucha ailleurs, toute vêtue. Rien ne put la convaincre qu'elle avait des devoirs nouveaux à remplir, et le lendemain il fallut la renvoyer chez sa mère. Sa maladie tourna plus franchement à la mélancolie, et finalement son mari intenta, en nullité de mariage, un procès pour lequel il eut gain de cause. Dans un autre cas semblable, la jeune femme refusa également de recevoir son mari, et après plusieurs jours de vie commune insupportable et malheureuse, ils durent se séparer. La femme tomba dans un état de lypémanie tel qu'il fallut l'interner dans un asile. La lypémanie fit place à un état d'agitation maniaque, à forme érotique, au cours duquel le mariage fut consommé. L'agitation disparut, mais néanmoins il se passa un temps fort long avant que l'intelligence n'eût recouvré la plénitude de ses facultés. Ici encore il y eut instance en nullité de mariage, mais sans succès; le tribunal jugea comme il était arrivé dans le cas fameux d'un gentilhomme qui avait consommé le mariage en dépit de la grande répugnance et des résistances de sa femme. Dans tous les cas que j'ai observés, les femmes qui avant leur mariage présentaient le trouble moral dont nous nous occupons avaient résisté à l'accomplissement de l'acte conjugal, et de graves dangers peuvent suivre cet accomplissement, surtout s'il est obtenu par la violence. Dans plusieurs cas il est survenu de la lypémanie aiguë avec démence ultérieure. Mais alors même qu'il n'en serait pas ainsi, on pourrait voir naître entre les époux une antipathie persistante et de la nature la plus regrettable.

J'ai eu récemment occasion de voir une demoiselle qui, après ses fiançailles, fut prise d'inquiétude et s'imagina qu'elle devait être impropre à la vie conjugale.



On lui conseilla soit d'ajourner le mariage, soit de se marier sans retard. Ses amis la décidérent à ce dernier parti. Mais au retour du voyage de noce le mari n'était nullement satisfait et se plaignait amèrement de la vie insupportable qu'il avait menée au temps de la lune de miel. Dès ce moment, en effet, sa femme s'était prise d'aversion pour lui. Ainsi l'expérience avait mal tourné et le mariage indiqué comme moyen de guérison n'avait pas eu de bons résultats; il avait uniquement produit des maux nouveaux qui avaient fait sombrer le bonheur de deux existences.

A propos des faits dont il est ici question, je mentionnerai des cas que j'ai eu l'occasion de rencontrer assez souvent. Ils concernent des hommes chez qui l'idée de leur impuissance était venue d'une impression pénible ou de quelque découverte sans grande importance qu'ils avaient faite relativement à l'âge ou à l'état physique de leur nouvelle épouse. J'en ai vu ainsi qui, ayant découvert qu'elle portait des faux cheveux ou avait des dents artificielles, avaient conçu contre leur femme une répulsion qui les rendait impuissants. Des difficultés, quelques douleurs éprouvées dans les premières relations conjugales, amènent le même résultat, et peuvent aboutir à une mélancolie profonde et à de redoutables idées de suicide.

Tel drame qu'on voit s'accomplir inopinément après un mariage peut souvent provenir des mêmes causes, de ce même ébranlement dans les impressions morales que l'on voit aboutir, plus ou moins lentement, à un état de véritable exaltation.

Les romanciers ont souvent parlé de ces troubles intellectuels qui proviennent du désordre des impressions ou de la perte des sentiments affectifs. Les jeunes

femmes éprouvent que le développement d'une passion romanesque n'a point l'éclat d'une vive et prompte étincelle, mais qu'il se trouve mêlé aux sentiments d'une sorte de répugnance à la vue et à l'approche de l'époux aimé. Elles ne comprennent pas que tout plaisir, même le plus grand, est mêlé de peine; elles se trompent sur les impressions que leur donne la passion satisfaite ; elles arrivent à cette conviction qu'elles sont blâmables des besoins naturels qu'elles éprouvent, et c'est ainsi que survient une maladie dont personne ne peut d'avance prévoir et calculer les conséquences.

Mais j'en ai dit assez sur ce sujet et, si grand que soit son intérêt, je m'arrête. En terminant j'insiste sur ces particularités, que les troubles intellectuels dont il vient d'être question sont communs chez les personnes des deux sexes, qu'ils peuvent conduire à toutes sortes de difficultés sociales, et même à des procès, par suite notamment de la rupture de promesses de mariage. Ils peuvent pousser au suicide, et provoquer le développement d'une lypémanie grave, dangereuse et fort inquiétante. Mais je crois cependant que le mal est éminemment curable s'il est traité de bonne manière.

(*Journal of mental sciences*, octobre 1888.)

VARIÉTÉS

LES ÉCRITS DES ALIÉNÉS

On se souvient encore du crime mystérieux de Villemonble, qui fit tant de bruit il y a quatre ans. Il s'agissait d'une demoiselle Ménetret, qui avait été empoisonnée, puis brûlée, et dont les os à demi calcinés avaient été enterrés dans le jardin même de la maison qu'elle habitait.

La justice, mise en éveil par une dénonciation, se trouva, en cherchant les coupables, en présence de toute une famille de véritables aliénés qui furent soumis à l'examen de trois aliénistes éminents : MM. Blanche, Ball et Motet. Dans un remarquable rapport qu'a reproduit l'*Encéphale*, il y a deux ans (1), les aliénistes conclurent à la responsabilité partielle d'Euphrasie Mercier et à l'irresponsabilité des autres membres de la famille, qui furent aussitôt internés à Sainte-Anne.

Parmi ces derniers était Honorine Mercier. Si Euphrasie était véritablement l'auteur responsable du crime, Honorine, plus jeune, était réellement, comme le démontra l'expertise, le chef de la famille. En proie à des conceptions mystiques et à des idées de persécution, elle était presque depuis sa plus tendre enfance dans un

(1) *Encéphale*, t. VI, p. 388.

délire perpétuel. Dès l'âge de onze ans, à l'occasion de sa première communion, elle se voit enlevée au septième ciel, elle entend le chant des anges, puis elle est transportée dans le monde des abîmes, dont elle nous a donné tout récemment, et en vers, une description des plus effrayantes.

Nous sommes certains que ce document tout à fait caractéristique du genre est de nature à intéresser nos lecteurs; aussi le donnons-nous en son entier en reproduisant scrupuleusement l'orthographe et l'ordonnance générale de l'original. Rappelons qu'Honorine Mercier n'a pas reçu d'instruction et n'a pas de lecture.

LE MONDE DES ABIMES!

ASILE SAINTE-ANNE
25 juillet 1888.

Dédié à Monsieur le docteur Arnaud.

O toi qui veux connaître en parcourant l'espace,
Ce que peut le génie corroboré d'audace!...
Savant, qui veut sonder l'inconnu, le mystère!...
Qui languit d'ignorer ; à *l'étroit* sur la terre
Avide de gravir monter toujours plus haut!...
Apprends, écoute et crois... j'apporte du nouveau.

. . . .

Qui pouvait se douter qu'il existait un monde,
Sans limite, effroyable et plus traitre que l'onde!...
Un enfer innommé que nul ne peut comprendre,
Si le ciel ne permet qu'il y puisse descendre...
Ce supplice sans nom dont l'écho seul en moi,
Affolant ma pensée, me glace encor d'effroi (1) !...

. . . .

L'aurore avait paru, c'était pendant l'été (2),
Et quand les jours bien longs prodigant la clarté,

(1) *Encor* sans *e*, licence poétique permise. (Note d'H. M.)
(2) De l'année 1877, à Méry-sur-Oise. (Note d'H. M.)



Devancent le matin, inondant de lumière
L'esprit qui se recueille en faisant sa prière.

. . . .

Sentant un mal étrange, un effet indicible
Je m'arrachais au lit : comme un spectre sensible !...
Ne pouvant plus agir, défaillante, épuisée ;
Par effort surhumain j'ouvre enfin ma croisée.

. . . .

Je comptais y trouver avec l'air apporté,
Un soulagement prompt, chassant l'étrangeté
De ce malaise affreux qui tenaillait mon être,
C'est alors que je vis à peine à la fenêtre,
Ma voisine passer m'interpellant ainsi :
Comment ? déjà levée, que faites-vous ici ?...
Mais je ne pus vraiment lui peindre mon état,
Car jetant un grand cri, soudain je tombe en bas !...

. . . .

A terre je gissais, foudroyée, éperdue...
Puis... le sol s'entrouvrant me lança dans la nue !...
Que vois-je ?... oh quel effroi !... quel océan d'espace !
Quoi ?... mon corps s'agitait suspendu dans l'espace !...
Lequel précipité dans un vide infini,
Me parut un ballon tournant dans l'infini.
Sans un fil pour soutien, tournant, tournant sans cesse
Quelle chute et quel choc !... ô ciel quelle détresse !...
Ne voir que l'étendue que l'abime insondable,
Que le néant sans cieux, c'était inénarrable.
Un univers sans âme, aussi large et profond
Qu'on ne peut l'exprimer puisqu'il était sans fond !...

. . . .

Oh désespoir !... horreur !... rien que l'immensité !...
Pourtant c'était un monde, un monde inhabité.

. . . .

Mais qui donc me faisait tournoyer sur moi-même ?...
Quel est le monstre enfin, ou le moteur suprême
Infligeant à mon être un si cruel tourment ?...
Qui me faisait tourner vertigineusement ?...
Par quel odieux miracle et par quel sort fatal,
Devenue le jouet d'un manège infernal ?...
Suffoquante épuisée, je suppliais qui ?... quoi ?...
Dans cette Thébaïde il n'existait que moi !...

. . . .

A mes cris de terreur, qui pouvait correspondre ?...
Ni l'ombre, aucun écho qui puissent me répondre !...
Par ce vide entourée que ma peur emplissait,
Que pouvais-je espérer, le démon sévissait...

. . . .

O géante prison !... féroce solitude !...
J'agonisais mourante ivre d'inquiétude.
Au pilori clouée dans ce désert affreux,
Un jour obscur, blafard, fatiguait tant mes yeux ;
Que mon cœur éprouvait d'horribles pulsations...
Mon esprit très lucide avait les perceptions
Les plus développées et les plus douloureuses,
Déchainant les pensées, les larmes furieuses.

. . . .

Ce corps à la question, tournant (machine horrible)
Se mouvant se tordant implacable et terrible ;
Avec telle vitesse et tel puissant vertige
Que cette rotation s'opérait par prodige...

. . . .

Le navire exposé sur l'océan houleux
S'agitant balancé sur le flot écumeux !
Tel il me paraissait être au sein d'une mer,
J'en avais les nausées, l'affolé mal de mer !...
Or, c'était un martyre inouï sans espoir,
Me révélant l'enfer, mais l'enfer le plus noir
Qu'aucun n'a défini ressenti même en rêve !...
Je voulais m'arrêter implorant une trève,
Mais cet étau muet, invisible, implacable,
Ce questionnaire hélas : fougueux, infatigable
Sans ralentir son bras accélérait plutôt,
L'odieuse rotation qui me brisait les os...
Tel le vautour qui fond sur la proie enviée,
Va, s'acharnant cruel sur la sacrifiée !...

. . . .

En vain je recherchais la moindre aspérité,
Un point d'appui quelconque en mon anxiété,
Un rien... je ne sais quoi... mais qui puisse saisir
Cet infernal bourreau qui me faisait mourir
Mille et milliers de fois sans expirer pourtant ;
Ce mécanisme atroce, invisible heurtant,
De ses coups redoublés mon être confondu
Qui redoutait la chute en se voyant perdu !...

. . . .

J'avais l'apparition de ce péril extrême,
Indescriptible émoi me labourant moi-même :
Car mue par la vapeur ou l'électricité
Ne pourrait encor peindre la rapidité
Qu'imprimait à mon corps cet élément furieux !...
Quoi, l'on peut sans périr être aussi malheureux ?...
Je n'en pouvais douter j'étais vivante preuve,
Le ciel permettait donc cette barbare épreuve ?...

. . . .



CHAPITRE II

Mon âme déchirée ne criait plus : pitié !...
A quoi bon ?... qui pouvait m'accorder sa pitié ?...
Néanmoins ma raison résistait à la fièvre ;
Alors dans un grand cri qui mourut sur ma lèvre,
Oh comble de terreur !... j'entendis tout à coup,
Le bruit de mille échos... stridents... et, coup sur coup ;
Courant répercutés dans un lointain immense !...
Etait-ce le tonnerre ?... une armée en démence ?...
. . . .
Etait-ce le combat grandiose et suprême,
Du paradis luttant terrassant l'enfer blême,
Triomphant des démons pour finir mon supplice ?...
Sans-doute des géants détonnant dans la lice,
La guerre sans merci combats épouvantables !...
Tel l'univers armé décharges formidables,
L'artillerie broyant vomissant fer et flamme!...
Ciel qu'il était cruel pour mon âme de femme,
D'entendre ces clameurs qui brisaient mon tympan ;
Tant de bruits continus vacarme assourdissant,
Etaient accompagnés d'horreurs bien plus étranges !
C'étaient les sifflements de reptiles étranges !...
Attestant la présence en ces lieux ténébreux,
De légions de serpents, courroucés, monstrueux !...
. . . .
Le canon avait dû tirer de leur sommeil
Ces hôtes vénimeux en proie à ce réveil,
Leurs sifflements aigus résonnaient si perçants,
Que l'oreille blessée souffrait de maux cuisants.
Horreur !... je les sentais onduler sur ma tête,
Leur cercle m'entourait je crus perdre la tête
Puis, se dresser, bondir, rugissant de fureur !...
Cherchant à m'enlacer ; ô ciel quelle frayeur !...
Leur souffle empoisonné, leur haleine de feu,
Je sentais tout celà, mon Dieu, mon Dieu, mon Dieu !...
Mais à l'état latent, car je n'apercevais
Rien autre que l'espace, immense et à jamais !...
. . . .
En vain je criai : grâce !... en vain je suppliais
Le Dieu du firmament ce Dieu grand que j'aimais,
Semblait avoir perdu pouvoir et sentiment
Aux appels restant sourd prolongeait mon tourment.
. . . .



CHAPITRE III

Aucun remède hélas, le désespoir toujours!...
Fatiguée de prier d'implorer du secours,
Soudain je crus entendre en mon âme abattue,
Des accents répondant à mon âme éperdue.
Oh prodige !... oh miracle !... à la voix maternelle,
Je ne pus me méprendre elle était là fidèle.
. . . .
Sais tu bien où tu es me demandait ma mère ?...
Ce milieu de douleurs cette effroyable sphère!...
Se nomme dans les cieux le monde des abîmes ;
Des âmes par milliers expient ici leurs crimes ;
Ce sont de grands pécheurs, coupables endurcis,
Qui n'ont rien rapporté comme des fruits moisis,
Ils ont perdu leur tems irrité le bon père
Qui veut les purifier dans ce lieu de misère,
Il en est un, enfant, auquel tu dois tes maux ;
C'est ici qu'il se meurt car il fut ton bourreau ;
Depuis longtems déjà sans trève et sans relâche
Il paie ce qu'il a fait et termine sa tache,
Or, c'est à toi ma fille à ton cœur que j'adresse
Le vœu de le sortir du séjour de détresse
Tu le peux aujourd'hui tu finiras sa part
Accélérant ainsi l'heure de son départ,
Oui, c'est un jour heureux un jour de délivrance
En te faisant goûter partager la souffrance
De tant de condamnés de tant de malheureux,
Va ne regrette point, tu peux tant, tant pour eux !!!...
C'est un mystère enfant un rôle bien sublime,
Puisqu l'on t'as choisie pour tirer de l'abime
Des frères et des sœurs car tous, tous font partie
De la grande famille, *ici*, point de patrie ;
Il n'en existe qu'une !... et tous sont solidaires,
Dans ce *pénitencier ils se croient solitaires.*
C'est l'endroit le plus triste aussi le plus horrible,
L'enfer que l'on dépeint n'a rien d'aussi terrible,
Que ce crucifiement que par un grand mystère
Dieu te fait endurer quoi qu'étant sur la terre.
La justice d'en haut force à ces représailles
Et *corporellement* jusque dans les entrailles
Tu sens ce qu'on y souffre et juge par toi même,
Ce que coûte à l'impie le crime et le blasphème !...
. . . .



L'apogée des douleurs est dans ce triste abîme,
J'arrive au paroxysme et suis trop ta victime,
Seigneur exauce-moi rompts ces liens de fer,
Que ta divine main me sorte de l'enfer !...
. . . .

CHAPITRE V

Le ciel entendit donc cette conjuration,
Prompte comme l'éclair j'accomplis cette action !
C'est d'atteindre ma couche aussi mon crucifix,
A tatons sans y voir, pourtant j'y réussis.
Or, c'était un miracle, une chose impossible,
Mon être encore en but au manège indicible
Broyé par l'engrenage et toujours suspendu,
J'étais un autre christ sur le bois étendu ;
Je souffrais avec lui, je partageais sa couche,
Puis sur mon front livide une céleste douche,
Commençait à répandre la consolation ;
Ce *baume inespéré* versait sa douce onction !...
. . . .
Alors je pus causer à celui que j'aimais,
Mon corps supplicié à la croix s'unissait,
Et sans plus d'amertume avec un tendre amour,
Je disais à Jésus : sors moi de ce séjour !..
J'admets pour toi Seigneur toute autre expiation,
Puisqu'il faut me courber sous la malédiction,
Que tu sus accepter lorsque tu vins sur terre
A l'effet d'acquitter cette grande misère,
Résultant du péché, des désobéissances
De nos premiers parents pendant les jouissances
Du beau sol Edénal !... O Paradis perdu !...
Pure félicité!!... ton bonheur suspendu,
Devra se retrouver dans un monde nouveau,
Monde ancien reconquis dans un beau renouveau !...
Pour l'obtenir ah oui !... Souffrons ô mon Jésus,
Ta grâce me suffit, je ne veux rien de plus...
. . . .

CHAPITRE VI

Le vacarme infernal finit presqu'aussitôt,
Devant l'acceptation une ombre de repos,



[illegible] français.
[illegible]
[illegible] occupations;
[illegible] conversations.
[illegible]
[illegible]
[illegible] de regrets.
[illegible] ses décrets;
[illegible]
[illegible]
[illegible] secrètes;
[illegible]

. . . .

[illegible] heure de l'épreuve,
[illegible] encore la preuve.
[illegible] sacrifice,
[illegible] au calice?...
[illegible] humaine
[illegible] la peine...
[illegible] demeures?
[illegible] heures...!

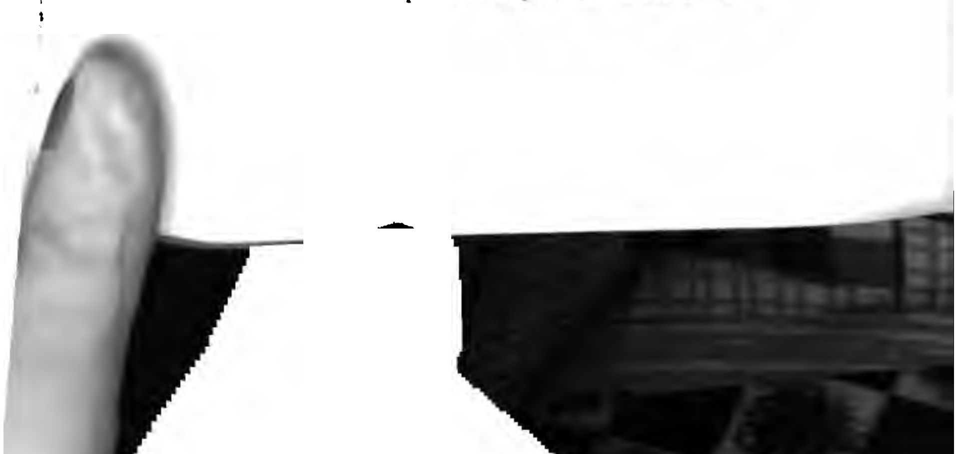
H[illegible] Mercier.

[illegible] AUX ABIMES DE L'ESPACE

[illegible] entonnoir,
[illegible] que mon âme a dû voir!...
[illegible] en d'autres tems aussi,
[illegible] n'en est point dessaisi.
[illegible] grande est la différence,
[illegible] n'en connut l'évidence,
[illegible] avec la vision,
[illegible] la pénible impression!...

. . . .

[illegible] est sombre et très étroit,
[illegible] l'échelle aussi parait-il droit.
[illegible] sans fin ornent ce long boyau,
[illegible] gouffre immense un barbare tombeau
[illegible] étant infinissable,
Sans cesse il faut descendre et c'est épouvantable!..
Ce supplice est encore sans trêve et sans arrêt,
L'on en voit point la fin, tel est l'amer décret.



Enfin c'est en boitant qu'il leur faut accomplir,
Ce travail infernal sans pouvoir l'affaiblir.
Puis chacun est atteint d'une claudication,
Spécialement pour ceux de la juridiction ;
Les juges d'ici-bas qui n'ont point exercé
La justice et l'honneur font ce travail forcé ;
Infligeant à celui qui n'a point mérité,
Le tolle et punition ; privant de liberté
L'innocent, l'opprimé qu'on ne veut point entendre,
Il suffit qu'on l'accuse il ne peut se défendre.
Bref, l'*infâme boiteuse* habite dans ce puit
Chacun est isolé ne voyant que la nuit ;
Et, que l'immense trou qui l'attire sans cesse,
Sombre fascinateur le fascinant sans cesse.
Le juif errant qu'on fait, marcher, marcher toujours ;
Mais ici c'est descendre et descendre toujours.
C'est l'abîme en longueur sans issue sans espoir,
C'est donc bien un enfer féroce autant que noir.
La solitude ajoute à l'horreur du supplice,
Nul ne peut y causer ni vider son calice
Puisqu'il est éternel ! l'espérance a donc fui
De ce gouffre appelé : l'abîme de l'ennui !...

L'ABIME ENTONNOIR

L'abime en entonnoir le représente enfin,
Etant un entonnoir dont on perçoit la fin,
Lentement on arrive à son extrémité...
Cruelle appréhension, lugubre anxiété ;
Ce tuyau vous appelle ; et c'est pour vous murer,
Menaçant il vous crie qu'on y peut respirer.
Marche *en rétrécissant toujours de plus en plus* !...
Qu'on voudrait reculer !... hélas nul ne peut plus !...
L'étreinte vous saisit le souffle est arrêté
Quoi qu'en ayant sa tête on est décapité.
La poitrine oppressée réclame en vain de l'air,
Cette lente asphyxie dans ce boyau sans air,
Martyrise votre âme autant que la pensée
Qui lucide quand même et pourtant écrasée,
Comprend qu'il est oiseux d'attendre du secours
Dans cet étroit cachot qui vous répond : toujours !..
Toujours !... ah oui !... toujours !!... quelle désespérance,
Vient s'ajouter encore à l'horrible souffrance !...
Encaissé sans mourir comprimé séquestré,
On vit dans cette tombe englouti calfeutré.



[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] mal :
[illegible]
[illegible]
[illegible] sans cesse.
[illegible] une vue qui blesse !...
[illegible] le monstre ailé,
[illegible] à ce char attelé...
[illegible] en bondissant rapide,
Sur [illegible] parmi le vide,
[illegible] ne peut se ralentir,
[illegible] le mot : *partir !...*
[illegible] partir !... sans s'arrêter jamais.
[illegible] sans fin ce trajet à jamais !...

. . . .

Que d'angoisses Seigneur et de regrets pour eux,
Qui sur terre ont poussé leur âme dans ces lieux !...
Méprisant le devoir, dédaignant de bien faire,
Ne s'arrêtant jamais pour songer à bien faire ;
Courant, courant toujours sur la route du mal,
S'embarquant sans frémir sur l'océan fatal !...




Quel sort ẹst réservé aux partisans du doute,
Aux aveugles aux sourds, pour qui tout est un doute.
Incrédules Thomas qui refusent au maître,
Le *droit de les* juger ; le don de les connaître.
Prisonniers du péché, se vautrant dans leurs sens,
Ces ouvriers du vice, ont donc le cœur absent ?
Il voyage en fiévreux, en fou, pris d'un délire,
Et bref, c'est un malade à qui l'on devrait dire :
Qu'il précipite, abrège ainsi sa fin funeste,
Que vous répondra-t-il ?... qu'il jouit de son reste.
Sensuel et cynique il ne réfléchit pas ;
Le jouisseur impur ne peut donc être las ?...
Il lui faut le présent, le plaisir passager,
Malheureux imprudent, *tu te feras juger !...*
Songe donc à l'horreur de cet instant suprême !...
Egoïste, imposteur ; un jour ta lèvre blème,
Ne saura que répondre à ce maître irrité,
Tu provoquas ses coups par ton iniquité !...
Sa foudre t'atteindras, trop tard tu comprendras,
Ce qu'est le châtiment, ce qu'est le divin bras !...
. . . .
Ah ! si le ciel voulait à chacun reproduire,
Ce que c'est que ce monde impossible à traduire,
Ces abîmes sans nom dont l'odieux souvenir,
Glace encor mon esprit à tel point que finir ;
Finir dans la matière est presque désirable...
En vain !... il faut subir la loi de l'ineffable !...
Celui qui décréta la punition au crime,
N'a-t-il donc point le droit d'envoyer dans l'abime ?
Tu possèdes deux voies, choisis.. et prends y garde,
Le souverain des cieux sans cesse te regarde ;
Il pèse tes actions dans sa juste balance,
Ne brave point son âme ainsi que sa puissance !!
Avec peine il chatie, c'est le cœur plein de larmes,
Qu'il enfoui dans l'abîme où règne tant de larmes !!!...
. . . .
Le prévaricateur se suicide, il *s'énivre !...*
De lui-même ô Seigneur se punit sot et ivre.
Rien ne peut désiller ses regards obscurcis...
Et l'orsqu'il verra clair, c'est dans l'endroit maudit !
Absolu pour sévir, mais clément au possible,
Il redit : repents toi, cœur lâche et insensible.

H. M.



SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

CONGRÈS DE GLASGOW

(*Août* 1888).

Le congrès de Glasgow a été l'une des plus brillantes de ces réunions, qui toutes les années attirent un si grand nombre de médecins de toutes les parties du Royaume-Uni et même de l'étranger.

La coïncidence de ce congrès avec l'exposition de Glasgow et l'attente de la visite royale depuis longtemps promise, ont sans doute contribué à ce succès. Mais, sans parler du nombre inaccoutumé des médecins qui ont participé à cette assemblée, les travaux présentés à cette occasion sont au nombre des meilleurs et la section de Psychologie en particulier a été l'une des plus favorisées.

Le discours d'ouverture du congrès prononcé par M. le professeur GAIRDNER, doyen de la Faculté de médecine de Glasgow, avait pour titre : « Le médecin considéré comme un naturaliste. »

Avec une grande élévation de pensée, le savant professeur nous montre la tradition universelle qui, depuis les origines de notre art, considère le médecin vraiment digne de ce nom, comme un homme de science dans le sens le plus élevé. Hippocrate veut que le médecin soit le serviteur de la nature et Galien nous déclare que le vrai serviteur de la nature est le véritable guérisseur par opposition au simple empirique qui peut être regardé comme l'ennemi du malade et l'adversaire de la nature qui tend à le guérir.



Au moyen âge, le type du médecin était loin de répondre à cet idéal et toute originalité de pensée était menacée non seulement des foudres de l'Église, mais de la réprobation des facultés. Si nous jugeons les médecins du XVIIe siècle, par le portrait qu'en a tracé Molière, nous serions amenés à les regarder comme des esprits empêtrés dans les questions de pure forme, des érudits absolument étrangers à l'étude pratique et directe des faits. En Angleterre, vers la même époque, les érudits du type du fameux Linacre, le traducteur d'Hippocrate, prédominaient de beaucoup par le nombre et par l'influence sur les chercheurs originaux, du type de Harvey. En un mot, le médecin de cette époque cherchait plutôt à remonter aux origines de la tradition, à bien savoir ce que les anciens avaient pensé qu'à prendre corps à corps la réalité vivante et à interroger directement la nature elle-même. Aujourd'hui tout est changé ; le médecin est avant tout *naturæ studiosus*, ou comme disent les Allemands *Naturforscher* et nulle part cette tendance n'est plus marquée que dans les universités écossaises. Les progrès les plus récents de l'art de guérir sont directement tirés de la physique et de la chimie, nous leur devons l'usage du microscope, du laryncoscope, de l'ophtalmoscope, du sphygmographe, de l'électricité et des moyens les plus actifs dont la thérapeutique s'est récemment enrichie ; aussi, devient-il de plus en plus évident que l'étude des sciences générales est le préliminaire obligé des études médicales sérieuses et que le laboratoire est l'antichambre, par où doivent nécessairement passer tous ceux qui veulent pénétrer dans le domaine de la clinique.

Ces considérations, développées avec une grande éloquence, ont conduit l'orateur à exprimer le désir que les études scientifiques, au lieu d'être reléguées à la fin de l'éducation, fussent cultivées dès le commencement et même dans les premières années de l'enfance.

Nous ne suivrons pas l'orateur dans les développements qu'il a donnés à cette idée et qui ont été l'objet d'applaudissements unanimes.

M. le Professeur Mac-Ewen a prononcé un discours fort applaudi, sur les progrès récents de la chirurgie dans le traitement des affections des centres nerveux. Ces progrès sont dus



[illegible] traitement antiseptique dans le [illegible] impression nouvelle acquise au [illegible] relatives aux localisa-[illegible].

[illegible] ses prédécesseurs. M. Mac-Ewen [illegible] tirés de sa propre pratique, et [illegible] a été couronnée du plus brillant [illegible] malades atteints de paralysie, d'é-[illegible] phénomènes physiques ont été guéris, [illegible] ont souvent profité d'opérations [illegible].

[illegible] par l'ablation de frag-[illegible] M. Mac-Ewen ne saurait l'ap-[illegible] qui sont presque toujours la [illegible] est extrêmement important d'a-[illegible] non seulement le siège et la nature, [illegible]. En somme, sur vingt et une [illegible] seize succès et de tels résul-[illegible] très encourageants pour ceux qui vou-[illegible] dans cette voie.

[illegible] de Montrose, président [illegible] maladies mentales), a prononcé un [illegible] intéressant sur le traitement des mala-[illegible] de l'intervention chi-[illegible] par M. Mac-Ewen, après avoir [illegible] traitement médical, il s'est spé-[illegible] du traitement moral qu'il pré-[illegible] il a signalé les améliora-[illegible] que notre époque a réalisées sous ce [illegible] des habitudes acquises sur la [illegible] de l'aliénation mentale et il [illegible] des moyens de prévenir la folie.

[illegible] présente un mémoire sur la mono-[illegible] Insanity. L'auteur considère la monomanie [illegible] un type spécial d'aliénation mentale et la distingue [illegible] caractères différentiels de la manie proprement dite. D'après lui, la manie serait une affection des plexus, supérieurs [illegible] de l'encéphale et lorsque, les centres nerveux [illegible] sous l'influence de cette maladie, le processus



destructeur marche de haut en bas. Mais au contraire, dans la monomanie, le travail marche en sens inverse de bas en haut. Les troubles primitifs étant localisés dans le système nerveux périphérique ou dans les centres cérébraux inférieurs. Les trois grands caractères de la monomanie sont en effet : 1° des hallucinations nettement caractérisées ; 2° des conceptions délirantes ; 3° la conservation de la faculté du raisonnement.

D'après l'auteur, l'existence constante des hallucinations dans la monomanie est une vérité clinique et les conceptions délirantes en sont toujours la conséquence plus ou moins directe. C'est ainsi que des idées de persécutions, des craintes de conspirations dirigées contre le sujet résultent souvent d'hallucinations auditives ou tactiles et la formation pathologique des conceptions délirantes suit ici les règles psychologiques qui gouvernent l'intelligence à l'état normal. D'un autre côté, la conservation de la puissance logique de la mémoire et du raisonnement chez les malades de cette espèce, démontre bien que les centres cérébraux supérieurs doivent être intacts.

A titre de preuves anatomiques, l'auteur a signalé des cas dans lesquels une névrite optique syphilitique avait donné lieu à des idées de persécution bien caractérisées, mais qui ont disparu lorsqu'à la suite d'un traitement approprié, les lésions du nerf optique sont entrées en voie de guérison. Mais le type le plus classique de monomanie serait celui qui succède à l'atrophie musculaire progressive dans lequel, les conceptions délirantes, qui peuvent survenir chez les malades, prennent le plus habituellement la forme d'idées de persécution, et souvent ces conceptions délirantes sont ici la conséquence directe des indications erronées apportées au cerveau par les tractus sensoriels. L'état anormal du sens tactile, par exemple, fait éprouver aux malades des sensations erronées qui peuvent souvent devenir l'origine de convictions délirantes ; c'est ainsi que le sujet s'imagine parfois que ses douleurs fulgurantes sont des tortures qui lui sont infligées par ses ennemis, etc... Poursuivant cette idée, M. Wiglesworth étudie l'influence exercée chez de tels malades, par les modifications anormales de la vue et de l'ouïe et surtout par la cécité et la surdité qui privent le sujet d'un des moyens les plus importants de correction des erreurs des autres sens.



[illegible] vivement combattues [illegible] a fait observer que la [illegible] accompagnée d'halluci- [illegible] quand même elles [illegible] elles succèdent [illegible] est erroné de pré- [illegible] de l'esprit sont [illegible] comme les autres su- [illegible]

[illegible] les recherches du [illegible] les monomaniques pré- [illegible] conformation, telles que [illegible] prolongement de la [illegible] absence de certaines circonvolu- [illegible] celles que l'on s'attendrait [illegible] plus en rapport avec la [illegible]

[illegible] de nos lecteurs français, [illegible] employé par les alié- [illegible] de celui qui a cours [illegible] à confondre la mono- [illegible] Ce serait remonter cin- [illegible] Esquirol.

[illegible] les rapports des fonctions [illegible] Plusieurs orateurs ont pris [illegible] difficile de résumer la discus- [illegible] considérable et les limites trop [illegible] rendu de quelques pages.

[illegible] travail sur les troubles intel- [illegible] l'un et l'autre sexe pendant la [illegible] observer que ces désordres céré- [illegible] à la masturbation comme on [illegible] début de la maladie était souvent ra- [illegible] la maladie serait toujours du type [illegible] il y avait un excès de *self-consciousness* (1). Sou- [illegible] un trouble des sentiments affectifs avec ou

(1) Par cette expression, les Anglais entendent le sens intime, celui qui [illegible] en dedans et nous permet d'analyser nos [illegible] intellectuelles.



sans délire religieux. Ces troubles intellectuels font souvent rompre des unions projetées et peuvent, d'après la loi anglaise, donner lieu à des procès fort compliqués. Ces accidents sont plus communs chez les familles de névropathes et peuvent se produire successivement chez les divers membres d'une même famille. En un mot, l'élément héréditaire y joue un rôle important. En général le pronostic est favorable et les malades peuvent guérir sous l'influence d'un traitement approprié.

Le Dr Warner présente un mémoire sur les meilleurs moyens d'examiner les jeunes écoliers sous le rapport de leur développement cérébral. On doit étudier, dit-il, deux ordres de phénomènes : 1° les proportions des diverses parties du corps, la tête et la face, en signalant toutes les difformités corporelles qui peuvent exister, ainsi que les marques d'une nutrition insuffisante; 2° les mouvements et les positions des diverses parties du corps. C'est ainsi que des signes d'énervement, de fatigue, de chorée légère et des maux de tête fréquents coïncident très souvent chez les écoliers avec un défaut d'aptitude au point de vue des études et avec des défauts de caractère très évidents ou avec l'affaiblissement du sens moral. L'auteur demande que des recherches méthodiques soient faites dans le but de séparer les élèves de cette espèce, pour les séparer de leurs jeunes contemporains et les soumettre à un enseignement spécial.

A cette occasion, le Dr Shuttlevort fait l'éloge des classes dites intermédiaires destinées aux enfants incomplètement développés et qu'il a vu fonctionner avec succès à côté des classes élémentaires en Norwège et en Allemagne.

Le Dr Fletcher Beach présente un travail sur les maladies du cerveau chez les imbéciles. Il fait observer que chez ces sujets on rencontre bien plus souvent un arrêt de développement que des lésions anatomiques proprement dites. On trouve plus souvent, en effet, un état particulier des circonvolutions cérébrales que des tumeurs, de la sclérose ou de l'hydrocéphalie. Souvent les circonvolutions offraient une largeur de plus d'un centimètre, et comme conséquence directe, leurs dispositions étaient d'une simplicité extrême. M. F. B. a décrit ensuite, en citant de nombreuses observations personnelles, l'hypertrophie et l'atrophie du cerveau. L'hypertrophie, produite surtout par



une altération graisseuse des éléments constitutifs de l'organe, serait une affection toujours congénitale, dont les principaux symptômes seraient la céphalalgie, les alternatives d'excitation et de dépression comateuse, la difficulté de la marche et les convulsions. L'atrophie du cerveau, au contraire, serait due à un arrêt de développement ou à la destruction des éléments nerveux préexistants. Les imbéciles microcéphales appartiennent à la première de ces deux catégories. Les nerfs des sens spéciaux sont habituellement bien développés chez eux et les ganglions de la base du cerveau et de la moelle allongée sont à peu près normaux. Le cervelet est relativement plus gros que dans l'encéphale normal.

Dans la seconde forme d'atrophie cérébrale, le cas le plus intéressant est celui où il n'existe qu'une atrophie d'un seul hémisphère (le plus souvent c'est l'hémisphère gauche), avec paralysie et atrophie concomittantes des membres du côté opposé. L'imbécillité n'est pas la conséquence inévitable de ces lésions; tout dépend de l'état de l'hémisphère resté sain en apparence. Une inflammation des méninges ou des os du crâne pendant la vie fœtale serait probablement la cause de cette maladie.

Comme premier résultat de l'inflammation, il y aurait atrophie des régions cervicales correspondantes. Comme lésions de compensation, il se produirait, soit un épaississement du crâne ou de la dure-mère, soit une effusion séreuse occupant la cavité arachnoïdienne et les ventricules cérébraux. Enfin, en dernière analyse, les membres qui tirent leur innervation des parties lésées subissent une atrophie consécutive.

Le professeur Bénédickt, de Vienne, présente un travail des plus intéressants sur les résultats cliniques de la craniométrie et de la céphaloscopie dans les maladies du cerveau et les affections mentales.

Le professeur insiste sur l'influence héréditaire au point de vue du développement et décrit les diverses formes du crâne, au point de vue de la symétrie des compensations et des diamètres mesurés avec une très grande précision. Dans les cas d'anomalies fonctionnelles du cerveau, soit héréditaires, soit congénitales, sont acquises dans la première enfance, le professeur se demande si la conformation du crâne est normale



et, d'autre part, quand la conformation extérieure est irrégulière, il se demande si les fonctions cérébrales sont normales. D'une manière générale, les dimensions trop considérables peuvent indiquer soit une activité au-dessus de la moyenne (talent, génie), soit un état pathologique. Ces résultats ne conduisent donc pas à des conclusions précises. D'autre part, la petitesse des dimensions indique toujours un état morbide, cela est vrai surtout dans les cas de petitesse extrême du cerveau et de la tête en général et de raccourcissement des arcs frontaux, pariétaux et occipitaux. Le professeur montre ensuite comment la nature s'efforce de compenser les défauts que présentent les dimensions craniennes, ce qui donne lieu à des conformations extrêmement irrégulières et qui cependant ne sont pas toujours pathologiques. Pour apprécier à sa juste valeur la remarquable communication de M. le professeur Bénédickt, il faudrait y joindre les figures fort compliquées qui en ont facilité l'intelligence.

Le Dr Hacke Tuke lit un travail sur les hallucinations, dont nous allons résumer ici les conclusions.

1° Le rappel d'une impression sensorielle au point de vue mental ne met en action aucun organe sensoriel extérieur aux couches corticales;

2° Quand cette impression intellectuelle est assez vive pour produire une hallucination sans projection extérieure, il n'y aurait pas lieu d'admettre autre chose qu'une action très intense des cellules corticales, qui se rapportent aux impressions sensorielles;

3° Lors même que ces hallucinations sont projetées au dehors, il pourrait y avoir un courant rétrograde sans aucune action des organes périphériques;

4° Que même lorsque l'hallucination est d'origine corticale, les organes des sens peuvent intervenir directement;

5° Enfin, que l'expérience de Brewester (dédoublement des objets par la pression sur l'œil), permettrait de distinguer les hallucinations des impressions réelles.

Une discussion fort étendue s'est élevée sur ce travail, à laquelle ont participé MM. B. Ball, Robertson, Ireland, Batty Tuck. Yellowlees et Savage.

Les questions administratives et hygiéniques, qui préoccu-



pent si vivement et à juste titre nos confrères d'Outre-Manche, ont été l'objet de plusieurs communications intéressantes. Nous signalerons surtout le travail de M. Turnbull, sur le placement des aliénés pauvres chez des particuliers. L'auteur fait observer que ce système consiste à faire pour les indigents, ce que les familles capables de payer une pension font très souvent pour leurs parents malades. Ce système ne peut s'appliquer qu'aux sujets chez qui le traitement ne pouvait plus donner aucun résultat utile et chez lesquels, d'autre part, il n'existait pas d'habitudes vicieuses ni d'impulsions agressives. Au point de vue financier, ce système serait infiniment moins dispendieux que l'hospitalisation dans les asiles; il présente d'ailleurs l'avantage d'éviter l'encombrement auquel ces établissements sont trop souvent exposés, et permet de considérer les asiles, non comme des hospices d'infirmes, mais comme de véritables hôpitaux pour le traitement de la folie. Dans le le comté de Fife, le nombre des malades ainsi placés est de seize pour cent par rapport à la population des asiles et dans le district d'Edimbourg, la proportion s'élève au chiffre énorme de vingt-huit pour cent.

M. le professeur Clouston, d'Edimbourg présente un travail sur la construction des asiles destinés aux pensionnaires riches; il fait observer que dans tous les établissements bien construits on devait aujourd'hui s'efforcer de rendre l'habitation du malade aussi confortable que possible et à lui donner un air de fête. Il faut d'ailleurs mettre l'habitation du malade en rapport avec son état d'esprit autant que possible. La maison elle-même, le mobilier, les conditions matérielles de la vie, ont une influence énorme sur l'esprit du malade, et peuvent rendre les plus grands services au point de vue du traitement moral. Dans une maison semblable, il faudrait établir cinq divisions principales.

1° Des salles spéciales, à proximité des médecins de l'établissement, destinées aux cas aigus, aux maniaques suicides, aux agités, et à tous ceux qui exigent une surveillance continuelle.

2° Des infirmeries destinées aux malades affaiblis, paralysés, âgés ou infirmes.

3° Des maisons disposées en guise d'hôtels et rattachées aux bâtiments centraux par des corridors particuliers. Chaque



maison ainsi construite servirait de résidence à un groupe de malades.

4° Dans l'intérieur de l'asile des cottages et des villas.

5° Des maisons en pleine campagne ou au bord de la mer pour les malades convalescents, ou suffisamment tranquilles pour vivre au dehors des murs de l'asile.

M. Clouston présente ensuite des plans destinés à la construction d'un établissement semblable qu'on se propose de fonder pour cent cinquante malades, dans les environs d'Edimbourg.

Le Dr Campbell fait observer que des malades assez riches pour être placés dans un asile aussi luxueux pourraient fort bien trouver leur place dans des maisons de santé particulières.

M. le Dr Oscar Woods lit un travail intéressant sur la folie à deux.

M. le Dr Mickle lit un travail sur l'emploi de l'antifébrine dans le traitement des maladies mentales.

A la suite du Congrès, le grade honorifique de docteur ès Lois (L. L. D.) a été conféré à :

MM. Aitken (Sir William) ;
Allbutt (Thomas Clifford) ;
B. Ball (de Paris) ;
Banks (de Dublin) ;
Barker (Fordyce) ;
Benedikt (de Vienne) ;
Bridgwater ;
Mac Lean (William Campbell) ;
Mac Intyre ;
Morton ;
Munro ;
Pavy (de Londres) ;
Porter (de Dublin) ;
Yellowlees (de Glasgow).



RÉUNION ANNUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES SUISSES

TENUE A BALE LES 17 ET 18 JUIN 1888.

Nouvel asile de Bâle. — Hypnotisme. — Folie à quatre. — La psychiatrie dans les examens médicaux fédéraux. — La sphygmographie dans l'aliénation mentale. — Préparations microscopiques du cerveau. — Félix Plater.

Le Congrès annuel des médecins aliénistes suisses comptait rarement autant de participants que celui de Bâle les 17 et 18 juin derniers. On s'y était donné rendez-vous de toutes les parties de la Suisse; les confrères, moins privilégiés, retenus chez eux par des devoirs pressants, manquaient seuls à l'appel. Il faut dire que, outre l'attrait habituel des travaux intéressants annoncés sur le programme, il s'agissait de visiter le nouvel asile de Bâle dont la réputation est déjà très grande.

Depuis une vingtaine d'années les cantons suisses ont fondé les uns après les autres de magnifiques établissements d'aliénés, pour la construction et l'organisation desquels on a mis à contribution les récents progrès de la psychiatrie, et qui répondent autant que possible, suivant les circonstances locales, aux exigences modernes du traitement des aliénés. Les villes de Genève et de Bâle étaient restées seules en dehors de ce mouvement. Elles conservaient des asiles, insuffisants pour leurs besoins et qui rappelaient un autre âge ; ces asiles faisaient le coustraste le plus pénible avec les autres établissements suisses. Après une étude approfondie, souvent interrompue et toujours reprise, qui ne dura pas moins de trente années, la ville de Bâle vient de construire un nouvel asile, dans une position admirable, avec une vue splendide sur la ville, sur le Rhin et ses bords pittoresques. L'Alsace est à deux pas. On aperçoit à l'ouest les hautes cheminées de l'industrieuse

ville de Saint-Louis, et au sud les maisons du village de Burgfelden paraissent si rapprochées qu'on ne s'imaginerait pas qu'une frontière les sépare, dont on s'efforce de faire aujourd'hui une muraille de la Chine.

Le nouvel asile bâlois est supérieurement organisé, comme nous allons le voir. Il est distant d'un kilomètre environ de la ville, qui s'étend en amphithéâtre du côté de l'Orient.

Quant à Genève, tout nous fait espérer qu'elle aura prochainement aussi son établissement modèle, dont l'étude a été confiée cette année même à une commission d'experts.

Les médecins aliénistes furent reçus le dimanche, 17 juin, dans le nouvel asile par M. le Dr Wille, professeur de psychiatrie à Bâle. A une heure et demie, dîner officiel, gracieusement offert par la ville aux membres du Congrès. De nombreux toasts furent portés et l'on échangea de cordiales paroles pendant ce banquet et celui du lendemain.

M. le professeur Wille qui préside la réunion souhaite la bienvenue aux psychiatres suisses. Il rappelle que la fondation de la Société des médecins aliénistes suisses, à laquelle il eut l'honneur de prendre part, eu lieu en 1864, dans une petite assemblée, très modeste, qui s'était réunie à la Waldau (Berne). Dès lors, la Société a pris peu à peu un grand développement. Il y a deux dates que l'orateur tient surtout à citer et qui ont une certaine importance dans l'histoire de la Société suisse de psychiatrie : — 1868 et 1871.

En 1868, à Rheinau (Zurich), les médecins suisses discutaient et finalement adoptaient à l'unanimité les nouvelles propositions faites par Griesinger sur l'organisation des asiles d'aliénés, tandis que les médecins allemands, réunis le même jour à Dresde, rejetaient à la presque unanimité ces mêmes propositions, et condamnaient leur auteur, qu'ils considéraient comme un affreux révolutionnaire. Les *Annales médico-psychologiques* ont souvent rendu compte des ardentes discussions soulevées par les idées réformatrices du savant aliéniste. De Rheinau, un télégramme fut adressé à Griesinger, par lequel on lui annonçait le résultat de la discussion. Il répondit aussitôt en exprimant sa joie d'apprendre que les psychiatres suisses marchaient avec les progrès de la science, au moment où ses compatriotes venaient de prouver qu'ils ne voulaient



pas entrer dans cette voie. Dès lors, nous le savons, on s'est ravisé en Allemagne, et la construction des asiles cliniques de Leipsig et de Heidelberg, est venue prouver qu'on avait enfin compris les avantages des propositions formulées par Griesinger, et qui découlaient du reste de l'enseignement des maîtres français, d'Esquirol et de Falret en particulier.

En 1871, la réunion avait lieu à Bâle, qui recevait pour la première fois les médecins aliénistes suisses. M. Wille fait à ce propos un parallèle entre l'ancien asile et le magnifique établissement dans lequel nous sommes reçus aujourd'hui. Il loue l'esprit public des habitants de Bâle qui n'ont reculé devant aucun sacrifice pour construire cet asile et le mettre à la hauteur des exigences de la science moderne.

L'après-midi tout entière du 17 fut consacrée à la visite de ce bel établissement.

Pour organiser le nouvel asile de Bâle, le professeur Wille s'est inspiré des idées de Griesinger qui demandait, on s'en souvient, la création de trois sortes d'asiles.

1° Un asile urbain (qui sera clinique dans les villes universitaires), situé dans le voisinage immédiat des villes pour recevoir le plus promptement possible les cas aigus de toute nature;

2° Un établissement à la campagne pour les malades chroniques qui n'ont pas besoin de soins médicaux particuliers et qui sont capables de travailler;

3° Un hospice pour les aliénés malades ou infirmes de corps.

Comme il ne pouvait être question de construire trois établissements distincts pour Bâle-Ville, le professeur Wille réunit ces trois asiles en un seul, au moyen de pavillons, assez éloignés les uns des autres pour former des individualités propres, mais suffisamment reliés entre eux cependant pour être groupés en une seule grande institution, dans laquelle tous les services sont centralisés sous une administration commune.

Ces pavillons sont au nombre de dix, soit cinq pour chaque sexe. Aux trois pavillons répondant aux divisions de Griesinger sont venus s'ajouter une villa destinée aux pensionnaires et un dernier pavillon pour les aliénés chroniques agités et bruyants.



Les dix pavillons sont aménagés pour recevoir 220 malades des deux sexes. Ce système ne rend vraiment tous les services qu'on lui demande que si le nombre des malades dans chaque division ne dépasse pas 15 à 30, suivant la destination du pavillon. Dès que ce chiffre atteint 60 ou 100, comme dans certains asiles, il ne peut plus être question des avantages dont nous parlons.

Le pavillon clinique et celui des agités ont le moins grand nombre de malades, tandis que ceux des pensionnaires et des chroniques tranquilles en renferment le plus grand nombre. Chaque « petite maison » est adaptée le mieux possible aux besoins des différentes catégories de malades qu'elle doit recevoir. Voilà ce qui a permis d'éviter la monotonie dans l'architecture simple et variée de ces villas. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail de ces constructions qui nous ont paru répondre parfaitement à leur but. Nous dirons seulement que le principe du no-restraint est appliqué partout d'une manière complète et que les pavillons des agités sont organisés en conséquence. L'impression qui nous est restée de notre visite à Bâle est des plus favorables.

On respire partout dans cet asile le calme et la sénérité, et l'on se croirait plutôt au milieu de riantes villas que dans un hôpital de fous. Tous les travaux de la maison et du jardin sont exécutés par les malades, dont 60 à 70 sur 100 y ont été employés en 1887. On s'aperçoit dès l'abord que rien n'a été négligé dans la construction et l'aménagement de cet asile pour satisfaire le plus complètement possible aux exigences de l'hygiène et aux principes de la science psychiatrique. L'établissement a été inauguré le 28 octobre 1886 avec 118 malades. Au 31 décembre 1887, il en renfermait 179.

Le coût total a dépassé 1,900,000 fr. Mais, dès le premier exercice (année 1887), le chiffre des pensions atteignait 96,000 fr., de sorte que le déficit réel de l'exercice ne se montait qu'à 27,000 fr., ce qui fait bien augurer de l'avenir financier de cet établissement.

Le lundi 18 juin, la séance s'ouvre à huit heures du matin par une démonstration expérimentale de M. le professeur Forel (Zurich) sur l'*Hypnotisme*. Quatre infirmiers et infirmières sont successivement hypnotisés par M. Forel. On sait



que ce dernier appartient complètement à l'école de Nancy, qui rapporte tous les phénomènes de l'hypnotisme à la suggestion.

Chez une première infirmière, âgée de vingt ans, qui avait eu pendant la nuit précédente le service de garde, et se plaignait de mal de tête, M. Forel obtint en quelques minutes la catalepsie suggestive. Il lui affirma qu'elle n'avait plus mal à la tête et lui dit qu'à son réveil elle verra sur la table un verre d'eau dont elle boira quelques gorgées, après quoi elle retombera immédiatement endormie. Cette dernière suggestion ne se réalisa pas, mais le mal de tête avait totalement disparu. La patiente se souvint de tout ce qui lui avait été dit, malgré la suggestion contraire. L'opération réussit mieux chez un jeune infirmier que M. Forel endormit en moins d'une minute, et sur lequel il démontra facilement les phénomènes de l'anesthésie et de la catalepsie suggestives. Il lui ordonna de placer une chaise sur la table, après son réveil, et lui dit qu'il ne pourra pas s'en empêcher, ce qui fut ponctuellement exécuté par le jeune homme après un moment d'hésitation.

En somme, M. Forel, qui désirait montrer à ses confrères comment il faut s'y prendre pour hypnotiser la première personne venue, a pleinement atteint son but.

M. le président fait ensuite quelques communications sur des questions administratives concernant la Société, dont la prochaine réunion est fixée pour 1889 à Rheinau (Zurich).

L'ordre du jour appelle le travail de M. Forel sur la *Folie à quatre*. Il s'agit d'un cas très curieux de folie familiale, à forme identique chez trois sœurs et un frère, dont le délire a été « induit » et dirigé par une des sœurs, plus énergique et plus intelligente que les autres. Il est très rare que le délire *induit* s'observe sur plus de deux personnes. Jacowenko qui en a réuni 113 cas (avec un total de 254 malades) ne le signale que dans quatre cas. Comme Marandon de Montyel il distingue dans la folie induite, une folie imposée, simultanée et communiquée. Il faut séparer la « folie induite » des cas de contagion proprement dite, comme on les voit éclater parfois dans les asiles ou dans les épidémies mentales, les revivals, etc. M. Forel en sépare aussi les cas récents d'épidémie hypnotique ou « magnétique » qui ne sont que des effets de suggestion. La

suggestion agit évidemment aussi dans la folie induite, mais il existe avant tout dans ces cas une tare héréditaire commune aux malades et ordinairement très prononcée.

Les cas du Dr Forel se sont déclarés à Illnau (village du canton de Zurich qu'il ne faut pas confondre avec Illenau, où se trouve l'asile dont le Dr Schuele est le directeur) dans la famille S..., composée de Caroline, Louise, Anna et Jean, vivant ensemble, depuis la mort de leurs parents, retirés dans une maison isolée qui est leur propriété. Il fallut faire un siège en règle pour s'emparer de ces quatre aliénés. Ils s'étaient barricadés dans leur maison dont ils ne voulaient absolument pas sortir. On les transféra, non sans peine, dans l'établissement de Burghœlzli, en juillet 1887. Le professeur Forel les trouva dans la salle d'attente, tous quatre assis, serrés les uns à côté des autres, dans la même attitude, ayant tous le même regard et la même expression. L'une des sœurs, Anna, est le chef incontesté de la bande. C'est elle qui porte la parole, se répand en récriminations et en plaintes contre la police, entrecoupées de versets bibliques et de phrases pieuses. Les trois autres partent alors en même temps, et répètent tous, sur le même ton, les mêmes phrases religieuses, les mêmes plaintes et les mêmes récriminations. Leurs discours sont exactement calqués sur les paroles d'Anna. Les quatre ensemble récitent les mêmes litanies.

Quant à leurs antécédents, la mère et la grand'mère étaient folles. Le père anormal. Outre la maison, les enfants avaient hérité d'un petit capital de 8,000 fr. sur lequel ils se sont toujours refusés à payer un centime d'impôt. Ils se refusaient aussi à travailler. Ils s'isolèrent de tous leurs voisins et ne recevaient personne. Un cinquième frère vit à Zurich, où il est chiffonnier. C'est un mauvais sujet, un ivrogne, qui vaut beaucoup moins que les autres. Il paraît atteint de folie morale. Jamais les quatre ne se séparaient. Pour consentir à travailler, ils exigeaient qu'on leur donnât de l'ouvrage pour tous, car jamais l'un n'aurait voulu s'occuper sans les autres. Aussi ne trouvaient-ils aucune occupation. Ils croupissaient dans l'oisiveté la plus complète. Depuis une année surtout les scandales étaient devenus intolérables. Les S... vivaient dans une saleté épouvantable et passaient tout leur temps à prier et à chanter des cantiques.



Anna, qui avait travaillé autrefois dans la fabrique de soieries, étant un jour en chemin de fer, entendit des bribes de conversation desquelles elle conclut qu'il y avait une guerre entre l'Angleterre et la Russie et que c'était pour cette raison qu'ils ne trouvaient point de travail. Elle le raconta à la maison et dès lors cette parole fut leur évangile. Le propos du chemin de fer devint l'idée délirante systématisée, et régla dès ce moment toute leur vie. Quand on leur offrait du travail, Anna répondait et les autres répétaient qu'il y avait une guerre entre la Russie et l'Angleterre, et par conséquent point de travail.

Caroline, l'aînée, est la plus malade ; ses sœurs disent elles-mêmes que Caroline a été folle pendant deux ans. Un jour on la vit sortir de la maison en courant, les cheveux en désordre et criant au secours. Le bruit se répandit alors que ses frères et sœurs avaient voulu la crucifier, ce qui était faux ; Caroline est sujette à des hallucinations et c'était sous l'empire d'une hallucination que l'incident susdit avait eu lieu. Jamais les S... n'allaient à l'église ; ils n'appartiennent à aucune secte religieuse, car ils ont leur propre religion. Ils sont d'une grande véracité, honnêtes et francs, et manifestent une confiance absolue en Dieu, tout à fait enfantine. Il va sans dire que c'est Anna qui raconte tout cela. Tout ce qu'elle dit est immédiatement accepté par les autres et répété mot pour mot. C'est le « caporal », comme l'appelle M. Forel.

Au Burghœlzli les malades furent séparés les uns des autres, ce qui les mit au désespoir. Il fut très difficile de les maintenir isolés. Ils cherchaient toutes les occasions de communiquer entre eux et de se réunir. Malgré leur séparation absolue pendant des mois, leur délire continua exactement comme auparavant. Louise travaillait un peu. Anna ne cessait de se plaindre et se disait une martyre. Jean, faible d'esprit, n'était apte à rien. Un tuteur fut nommé et bientôt la commune, qui s'impatientait de payer les pensions, demanda si on ne pourrait pas faire sortir de l'asile les moins malades. Louise et Jean furent alors rendus à la liberté et se retirèrent dans leur maison. A peine hors de l'asile, ce fut Louise qui prit l'ascendant, qui devint « caporal ». Jamais on ne put obtenir qu'elle se séparât de son frère. Leur état mental s'aggrava bientôt



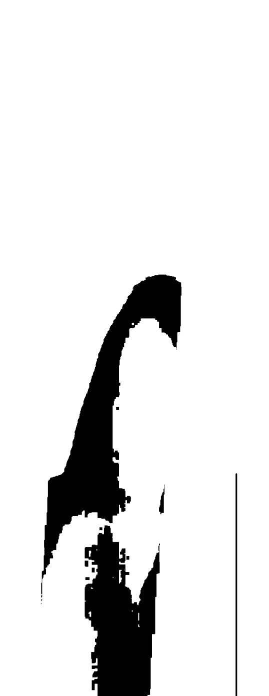
considérablement et on dut les réintégrer à l'asile. Depuis ce moment Louise reste inerte et ne veut plus travailler comme avant sa sortie. Anna s'est au contraire améliorée. Mais les quatre ont toujours leur délire systématisé et leurs idées fixes. On s'occupe de vendre leur maison et on tentera après cette vente de libérer celui des quatre qui paraîtra le moins malade.

Discussion. Le professeur WILLE (Bâle) cite un cas de « psychose émotive » qu'il a eu l'occasion d'observer récemment chez plusieurs membres d'une même famille. Il insiste sur la tare héréditaire.

Le Dr BURKHARDT (Préfargier) a aussi observé quatre cas de folie dans la même famille à la suite d'une manie puerpérale provoquée par les excentricités de l'armée du Salut. Mais ces cas offraient des formes différentes d'aliénation chez les divers membres de la famille et n'appartiennent pas, par conséquent, au groupe des folies induites. — C'est ce que fait observer le Dr LADAME, en signalant des analogies frappantes qui existent entre les cas de M. Forel et ceux rapportés par M. le professeur Ball dans l'enquête médico-légale relative à la famille d'Euphrasie Mercier.

Le Dr JŒRGER (de Saint-Pirminsberg) a vu aussi un cas très curieux de folie induite par une mère sur ses deux filles. Comme toujours, la tare héréditaire était très lourde. Après avoir été dans l'aisance, la famille, dont il est ici question, tomba dans la misère à la suite du décès de son chef. La veuve se crut bientôt persécutée par les autorités. La fille aînée étudiait à cette époque la botanique et la zoologie. Elle entendit parler dans ses leçons d'hermaphrodisme et commença à penser qu'elle-même était aussi hermaphrodite. Elle en parla à sa mère et lui fit bientôt constater les caractères masculins qu'elle s'imaginait posséder sur son corps, son larynx proéminant, sa voix, ses clavicules massives, etc. La jeune sœur partage les mêmes idées délirantes. Les trois femmes partent pour l'Amérique sous l'empire de leur double délire. La fille aînée porte désormais des habits d'homme. Elle entend dans la rue des personnes qui l'accusent d'avoir des relations sexuelles avec sa sœur. A la suite de scandales provoqués par leurs idées de persécution, la police les fait séquestrer. En sortant de l'asile,



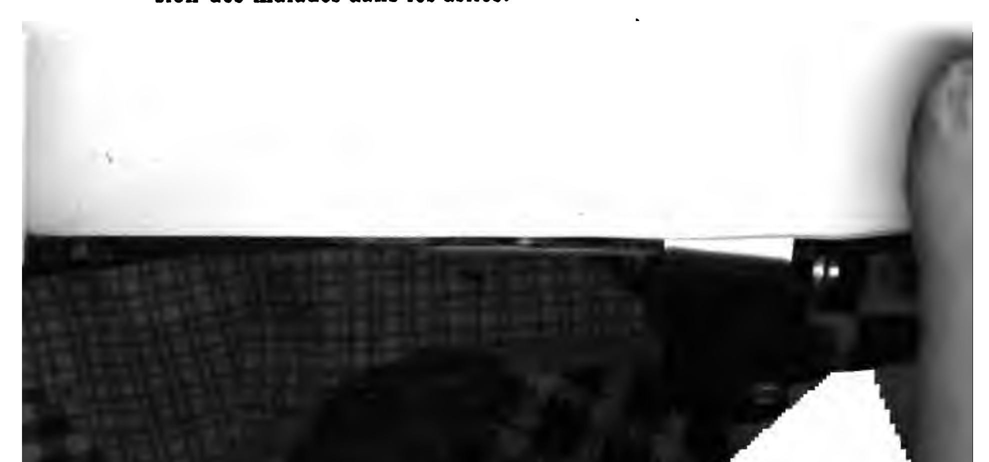


d'université sans compromettre leurs examens. Au Congrès d'Anvers, on avait décidé d'établir une statistique générale. En Suisse, on a étudié la possibilité d'une classification unique. Tout cela sans résultat pratique. Est-il possible d'arriver à un programme uniforme? L'orateur le croit et propose d'en faire l'objet d'une étude sérieuse.

Discussion. — Le professeur Wille rappelle qu'en Allemagne les facultés de médecine, puis les gouvernements, ont estimé que la psychiatrie ne devait pas figurer dans les examens des médecins, sauf pour l'examen spécial du « physicus », c'est-à-dire du fonctionnaire qui est chargé des expertises médico-légales. La psychiatrie est assurément fort bien enseignée en Allemagne, mais le couronnement de cette étude fait défaut. Elle ne figure pas au programme des examens. C'est triste et regrettable. La Suisse est donc avec la Russie un des premiers pays dans lesquels ce progrès aura été accompli. L'important n'est pas la classification dans l'enseignement de la médecine mentale. Ce que le futur praticien doit apprendre à la clinique psychiatrique, ce sont les signes qui permettent de reconnaître si oui ou non un individu est sain d'esprit. Mais la manière d'enseigner la pathologie mentale doit rester particulière à chaque professeur. Aux examens de psychiatrie il faudrait présenter au candidat un cas clinique, comme cela se fait pour la médecine et la chirurgie.

Le Dr Muller, de Bâle, ancien président de la Commission des médecins suisses, se prononce contre l'examen spécial de psychiatrie. Il préfère le système allemand avec ses *physicus*, bien préparés, bien spécialisés. La psychiatrie est une branche bien développée de la médecine, qui demande des études spéciales prolongées qu'on ne saurait exiger de tous les médecins praticiens.

Le Dr Burckhardt (Neuchâtel) dit que nous n'avons pas le choix. En Suisse, chaque médecin peut être appelé à faire une expertise médico-légale. La loi exige en outre que tout médecin puisse donner un certificat pour l'internement d'un aliéné dans un établissement. Quant au programme général demandé par M. Challand et appuyé par M. Ladame, on pourrait le baser sur les questions posées aux médecins praticiens pour l'admission des malades dans les asiles.



M. Forel a été, à Zurich, l'initiateur de la réforme obtenue. Il ne faut pas séparer la psychiatrie du reste de la médecine. L'orateur n'admet pas ce respect exagéré qu'on exprime pour la psychiatrie. Quand on tient les choses pour si sacrées on n'ose plus y toucher. Il ne faut plus qu'on voie des médecins experts, comme cela est arrivé, déclarer sains d'esprit de véritables aliénés. Tous les médecins ont besoin d'étudier la psychiatrie et de se former à la clinique des maladies mentales, pour leur pratique future.

Le Dr Burckhardt (Préfargier) lit son travail sur « les applications de la sphygmographie à l'étude de l'aliénation mentale ». L'auteur se demande ce que la sphygmographie nous a appris depuis vingt ans en psychiatrie. Il a examiné à ce point de vue un grand nombre d'aliénés, et il a déjà fait des diagnostics et trouvé des indications thérapeutiques d'après les résultats de cet examen. M. Burckhardt présente de nombreux tracés sphygmographiques pour appuyer ses conclusions. Il fait l'histoire de plusieurs cas cliniques intéressants.

Chez un malade atteint de folie circulaire à accès mensuels, il a réussi à supprimer les accès par des injections sous-cutanées de strychnine, pratiquées préventivement, chaque fois que l'on constatait au sphygmographe un changement dans la pression artérielle, signe précurseur annonçant l'imminence de l'accès. Dans un second cas de folie circulaire, à forme bimensuelle, le Dr Burckhardt fait depuis une année des injections systématiques de strychnine d'après les mêmes indications. Il a obtenu déjà une grande amélioration et espère arriver à la suppression des accès maniaques.

Le Dr Greppin (médecin assistant à Bâle) présente un travail très bien fait sur les nouvelles méthodes d'examen microscopique des centres nerveux. Il a étudié ces méthodes surtout au point de vue de leurs avantages et de leurs inconvénients cliniques. La méthode d'Exner, dit-il, est excellente, mais coûteuse, désagréable et sans résultats durables. Celle de Weigert exige trop de temps et n'est pas sûre pour les fines fibres cérébrales. Par contre l'amélioration que Pal a apportée à cette méthode est vraiment pratique. La méthode de Golgi est très bonne aussi, quand elle réussit. Le Dr Greppin fait de très belles colorations à la safranine. Il présente un grand nombre

de coupes admirablement réussies et démontre séance tenante, au moyen d'un microtome de M. Malassez, comment il faut s'y prendre pour faire des recherches rapides sur la constitution des fines fibres de l'écorce cérébrale.

Le professeur Wille termine la séance par un exposé des observations psychiatriques très remarquables, faites à Bâle il y a bientôt trois siècles, par Félix Plater qui était un clinicien distingué en aliénation mentale. Il suffit de lire ses descriptions si exactes pour reconnaître les principaux types de folie que nous connaissons aujourd'hui. On y trouve des observations très nettes de paralysie générale, qui existait à cette époque comme de nos jours, mais que les médecins ne voyaient pas. Les œuvres de cet auteur ne sont pas assez connues des aliénistes. M. Wille tenait à les mettre en relief à l'occasion de la réunion des psychiatres suisses dans la ville où Félix Plater avait professé la médecine.

P. L. (*An. Med. Psych.*)



REVUE DE LA PRESSE

JOURNAUX FRANÇAIS

Du délire des négations dans la paralysie générale progressive; par Deny. (*Semaine médicale*, 19 sept. 1888.)

Le délire des négations a été étudié par M. J. Falret et surtout par son élève, M. Cotard. Il constitue parfois un épisode intéressant de la paralysie générale, et peut même donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Un nommé C..., âgé de trente-un ans, fut arrêté un jour comme vagabond et trouvé porteur de trois porte-monnaie, de chaînes de montre et d'objets divers. Legrand du Saulle l'envoya à Sainte-Anne comme atteint de « dépression mélancolique ». Il fut placé dans le service de M. J. Voisin, qui le considéra également comme un débile atteint de dépression mélancolique. M. Deny lui-même ne put que constater l'état de stupeur qui avait succédé à la mélancolie. En outre, on ne trouva pas de tremblement des mains, ni de la langue, pas d'inégalité pupillaire, pas de troubles de la sensibilité générale ou spéciale; conservation de la force musculaire, etc... Il existait cependant un certaine parésie des membres inférieurs. Bientôt C... ne voulut plus se lever ni manger, et on dut recourir à la sonde œsophagienne. Il disait alors qu'il n'avait plus de gorge, qu'il ne pouvait plus avaler; qu'il ne marchait pas parce qu'il ne pouvait plier les genoux; qu'il n'avait plus d'idées, plus d'amis, de famille, de pays, etc...; il parlait de lui-même comme d'une personne étrangère. La déchéance physique et intellectuelle fit ensuite des



progrès, et finalement C... mourut dans un état de démence paralytique manifeste. A l'autopsie, on trouva les lésions d'une méningo-encéphalite diffuse chronique.

Cette observation est intéressante parce qu'au début il n'existait pas de signes de périencéphalite diffuse. On n'aurait pu croire qu'à une lésion de la moelle, à un tabes dorsal. Mais le délire des négations, cette forme plutôt commune dans la mélancolie, avait favorisé l'erreur de diagnostic, et avait fait croire à la présence d'une lypémanie simple, tandis que l'autopsie a prouvé qu'il s'agissait d'une paralysie générale. G. D.

Des idées de persécution et de la psychose systématique chronique progressive (délire chronique), par M. Gilbert Ballet. (*Semaine médicale*, 3 oct. 1888).

M. Ballet rapporte l'observation d'un ouvrier mécanicien qui fut pris, à la suite de libations trop copieuses, d'idées de persécution avec hallucinations multiples. Mais il faut rechercher, selon lui, si cet individu n'est pas atteint d'une maladie dont les idées de persécution ne seraient qu'un symptôme.

Or, il existe une forme morbide à laquelle M. Magnan a donné le nom de délire chronique, et que M. Garnier appela psychose systématique progressive. M. Ballet, qui admet cette maladie et lui reconnaît une unité bien déterminée, propose de la nommer psychose systématique chronique progressive. Il la décrit avec ses quatre périodes, et résume les différents arguments apportés par M. Magnan et ses élèves à la tribune de la société médico-psychologique pour prouver l'existence de ce type nosologique. Il ne refuse cependant pas de donner le nom de Lasègue à la période dominante de la maladie, au délire des persécutions, ce qui serait rendre, comme l'a demandé M. Ball, un juste hommage à celui qui en a fait la première description.

Mais le malade en question n'appartient pas au groupe nouvellement décrit. C'est un persécuté simple, et son délire peut se rattacher à différentes causes : ici il reconnaît pour origine un excès alcoolique passager.

Cette leçon de M. Ballet résume parfaitement ce que l'on a décrit d'abord sous le nom de délire chronique et ce que l'on en sait aujourd'hui. Tout en faisant nos réserves pour le fond



même de la question, nous ne pouvons qu'apprécier le talent de clinicien et la modération des vues de l'auteur. G. D.

Sur une forme particulière de paramyoclonus multiple; par MM. Manquat et Edmond Grasset. (*Bulletin médical*, 7 et 10 octobre 1888.)

Depuis que M. Friedreich a décrit la maladie à laquelle il a donné le nom de paramyoclonus multiplex, diverses observations ont été publiées sur le même sujet, mais la plupart ne répondaient pas exactement au type créé par l'auteur.

En Allemagne et en Italie on a énuméré différents cas de secousses musculaires en essayant de les faire rentrer dans le cadre tracé par M. Friedreich. En France, on s'en est moins occupé. Il y aurait lieu cependant, selon MM. Manquat et Grasset, d'élargir le tableau si précis, tracé par les premiers observateurs.

Le cas rapporté par Friedreich peut être résumé de la façon suivante : H..., cinquante ans. Contractions cloniques, parfois tétaniques sans rythme ni symétrie, quelquefois douloureuses. Membres. Prédominance à droite. Cessation presque complète pendant le sommeil et pendant la station debout. Augmentation dans le décubitus et par l'excitation cutanée. Exagération du réflexe rotulien.

D'autres observations, au nombre de vingt-six, ont été rapportées par différents auteurs. Elles s'écartent de la première soit par le genre de contraction musculaire, soit par la présence ou l'absence de douleurs, soit par les modifications apportées à la marche et aux mouvements, soit par la forme même du muscle contracté, soit par l'âge des malades ou par la cause supposée de la maladie.

Il y a lieu, malgré tout, de ranger provisoirement tous les cas similaires sous le nom de paramyoclonus multiplex, la caractéristique la plus générale de ce groupe consistant dans :

1° La multiplicité des muscles atteints et leur indépendance morbide;

2° La mobilité relative et l'arythmie de la contraction musculaire;



3° L'absence de mouvements un peu étendus, et, en tous cas, leur banalité;

4° L'intégrité des mouvements volontaires.

L'observation rapportée par Manquat et Grasset doit être considérée, selon eux, comme un cas de paramyoclonus multiplex, en éliminant toutes les causes possibles : maladie de Basedow, atrophie musculaire progressive, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, ataxie locomotrice, chorée, tics, névrite multiple.

Sans entrer dans les détails de cette observation, les particularités qu'il est nécessaire de mettre en relief sont :

1° L'intensité de la douleur, sans phénomènes locaux pouvant l'expliquer et l'insomnie;

2° La coexistence, au début, de la tachycardie, de l'insomnie, des contractions fibrillaires, et, un peu plus tard, de crises de sueurs ;

3° Les modifications successives de la contraction qui a passé peu à peu du type fibrillaire aux types fasciculaire et musculaire total;

4° La multiplicité, l'intensité variable et le manque de rythme des phénomènes musculaires;

5° La succession des secousses, simples ou agglomérées; leur forme ondulatoire;

6° La production de quelques contractions toniques, soit spontanément, soit sous l'influence de courants faradiques même faibles;

7° L'insuffisance des diverses contractions à produire un mouvement un peu étendu;

8° La disparition de l'anesthésie et l'abolition du réflexe plantaire des deux côtés, du réflexe rotulien à droite, sa diminution à gauche. G. D.



JOURNAUX AMÉRICAINS

AMERICAN JOURNAL OF INSANITY
Avril et juillet 1888.

Race et folie, par les Drs H.-M. Bannister et Ludwig Hektoen, médecins-adjoints de l'asile d'aliénés de Kankakee (Illinois).

La race influe-t-elle sur la folie? lui donne-t-elle une forme, des caractères, des allures particulières? La lypémanie, par exemple, d'un individu de race teutone sera-t-elle différente de celle d'un individu anglo-saxon? On est bien en droit de se le demander, puisque l'on voit, d'autre part, le climat, la civilisation, les tendances morales, les habitudes sociales modifier, suivant les individus, les aspects des diverses formes mentales morbides.

A l'aide de documents nombreux, que leur ont permis de réunir les individus de toute race admis dans l'asile de Kankakee, les auteurs du présent mémoire ont cherché à résoudre les questions dont il s'agit. La tentative était difficile, aussi n'ont-ils pu, ils l'avouent eux-mêmes, la mener entièrement à bonne fin. Cependant, ils ont pu en dégager les données suivantes, dont l'évidence semble incontestable :

1° Les types de folie à forme dépressive se rencontrent plus chez les gens de race germanique et scandinave que chez les autres; les gens qui les présentent le moins sont ceux de race celtique. C'est l'inverse qui se produit pour les formes d'exaltation ou d'agitation maniaque.

2° Aucune race ne présente d'immunité pour la paralysie générale, et cette maladie relève de causes indépendantes de toute origine et de toute nationalité;

3° En ce qui concerne, dans les asiles d'aliénés des Etats-Unis, la prédominance en nombre des étrangers sur les indigènes, cette prédominance ne veut point dire que l'émigration amène principalement des aliénés d'Europe en Amérique. Il

faut, en effet, considérer que les émigrants se trouvent en présence de difficultés spéciales, de luttes, d'efforts et de déceptions bien propres à faire faiblir la raison d'individus, qui, en d'autres conditions, n'auraient jamais versé dans l'aliénation mentale.

Le délire religieux des aliénés, par le Dr Henry.-M. Hurd, directeur de l'asile de Pontiac (Michigan).

Le sentiment religieux est naturel à l'homme et revêt généralement la forme de l'espérance ou de la crainte, c'est ordinairement sous cette double forme qu'on le rencontre chez l'aliéné. A l'espérance se rapportent toutes les idées de suprématie religieuse, les idées d'après lesquelles l'aliéné croit qu'il est en relation particulière avec Dieu, qu'il est spécialement protégé par lui, qu'il est un saint, qu'il est aussi Dieu lui-même. A la crainte se rapportent les idées d'indignité, de culpabilité, de damnation inévitable.

Le délire religieux, qui peut se présenter sous les aspects les plus divers, se rencontre dans plusieurs états de maladie mentale. On l'observe quelquefois chez de jeunes sujets, notamment chez ceux dont l'éducation a été faussée, et dans cette forme de maladie qu'on appelle folie de la pubescence (hébéphrénie de M. le Pr Ball). Il est assez commun chez les individus adonnés à l'onanisme, qui mêlent aisément les scrupules de conscience à la satisfaction de leurs habitudes vicieuses.

Le Dr Hurd donne le délire religieux comme un élément habituel de la paranoia. Mais qu'est-ce que la paranoia? D'après le fait clinique cité dans le mémoire, il semble que, pour notre auteur, ce soit le délire systématisé de persécution, avec tendance à la démence.

Il est rare que, dans la folie épileptique et dans la folie simple, consécutive aux maladies mentales, les malades aient des idées délirantes religieuses. Par contre, on en trouve assez souvent chez les individus atteints de paralysie générale.

Ce sont les lypémaniaques qui offrent sous les formes les plus variées le délire religieux, et quelques-uns d'entre eux n'ont même absolument que ce délire. Chez eux il se présente presque toujours à l'état d'inquiétude et de crainte; l'idée d'un



Dieu vengeur, les tourments de l'enfer, de la damnation éternelle les domine absolument.

Dans la manie, surtout à forme chronique, et dans les folies par intoxication, dans l'alcoolisme, par exemple, le délire religieux présente des caractères d'orgueil et de suprématie. Les individus s'attribuent des qualités supérieures, se croient plus parfaits que les autres hommes, et vont même jusqu'à s'attribuer la divinité.

Envisagées sous le rapport du diagnostic, les idées délirantes religieuses représentent généralement un état morbide incurable. Cependant le Dr Hurd estime que, sauf dans la paranoia et dans les formes chroniques ou organiques des maladies mentales, elles sont susceptibles de guérison, en même temps que la maladie elle-même.

Cas de stupeur mentale prolongée. Effets tardifs d'un coup sur la tête; par le Dr William-B. Goldsmisth.

Il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans, qui, tombé d'un tricycle, se heurta violemment la tête. Il perdit connaissance, mais revint promptement à lui et put, avec un peu d'aide, regagner son domicile. Dès le lendemain, il put se remettre à ses affaires; cependant il ne se sentait pas très bien, et, suivant son expression, il lui semblait qu'il avait le cerveau relâché. Cela dura environ six semaines. Les premiers symptômes disparurent. Mais le malade commença à avoir un peu d'hésitation dans la marche. Puis il fut pris de céphalalgie, eut quelques jours de rémission, mais finalement, en septembre, quatre mois après l'accident qui avait eu lieu en juin, on le vit tomber rapidement dans un délire incohérent avec un peu d'agitation et ensuite dans la stupeur complète. Celle-ci dura une quinzaine de jours, sans aucune intermission. La respiration était devenue stertoreuse et lente; il n'y avait que six à huit mouvements par minute, et encore se suspendaient-ils parfois tout à fait pendant plusieurs minutes. L'alimentation put se faire, le malade avalait machinalement les aliments qu'on lui mettait dans la bouche. Des pilules purgatives amenèrent des évacuations spontanées. A plusieurs reprises, la vessie dut être vidée par le cathétérisme. Vers la fin de septembre il y eut un

changement presque subit et le malade se retrouva dans l'état d'agitation délirante où il avait passé d'abord. Une nouvelle quinzaine conduisit à un rétablissement complet. Le malade, vu deux ans après l'accident, n'avait eu aucun indice de rechute.

L'enseignement à tirer de ce fait c'est qu'il ne faut pas envisager trop légèrement un traumatisme de la tête, alors qu'il semble d'abord sans conséquences. Dans le cas présent, le malade eût peut-être évité les accidents ultérieurs si on l'eût tenu au repos et qu'on l'eût empêché de se remettre immédiatement à ses affaires.

Folie syphilitique; par le Dr D.-Frank Kinnier, médecin-adjoint de l'asile de New-York.

Histoire clinique d'une femme de trente-cinq ans, que le Dr Kinnier considère comme manifestement devenue aliénée par le fait de la syphilis. Son délire était simple, à forme lypémaniaque; elle se croyait persécutée, elle était dominée par des craintes de poison ; elle avait des périodes d'excitation qui alternaient avec une profonde dépression mélancolique. Sa parole était légèrement embarrassée comme il arrive dans la paralysie générale. D'un autre côté, elle avait des attaques épileptiformes, survenues à un âge avancé, et sans prédispositions héréditaires. Les accidents syphilitiques, tous de forme secondaire, étaient encore manifestes au moment où elle fut admise à l'asile de New-York. Il faut ajouter qu'au moment de son admission elle était dans un état de cachexie avancée. Malgré les soins, elle mourut, et malheureusement il n'est point fait mention d'autopsie.

Que l'épilepsie soit attribuable ici directement à des lésions syphilitiques, cela est fort plausible. Mais en est-il de même de la folie. Il faut considérer, en effet, que cette femme était fortement cachectique, et, d'autre part, que le début de sa folie avait coïncidé avec son dernier accouchement. Le fait n'est donc pas assez simple pour que l'on puisse, sans réserve, l'admettre véritablement comme un cas de folie syphilitique.



[illegible] TRÈS TARDIVE DE FOLIE;

[illegible] médecin de l'asile d'a-

[illegible]

[illegible] très juste. du Dr Camp-
[illegible] sont en général trop
[illegible] de la guérison de leurs
[illegible] de surveiller le traitement,
[illegible] à prendre; ce décourage-
[illegible] et finalement influe
[illegible] les malades. Le nombre des
[illegible] grand si la conduite était
[illegible]

[illegible] le Dr Campbell estime
[illegible] sont excusables de
[illegible] de chacun de leurs malades.
[illegible] et ne peuvent s'occuper
[illegible]

[illegible] serait de voir les pensionnaires
[illegible] peu nombreux; ce serait
[illegible] à eux-mêmes et qu'on
[illegible] intéresser à ce qui les concerne, à
[illegible]

[illegible] principes que notre auteur semble
[illegible] guérison dans les trois cas qu'il
[illegible]

[illegible] femme admise à l'âge de trente-
[illegible] de Carlisle. Elle avait des prédispo-
[illegible] de manie intermittente, elle en
[illegible] années de nombreux accès qui coïnci-
[illegible] périodes menstruelles. On lui fit prendre
[illegible] quantités de bromure de potassium,
[illegible] passant, n'amena point chez elle l'obtusion
[illegible] A partir de 1877 les accès devinrent moins fréquents.
Elle n'en eut plus à partir de 1881 et en 1884 elle fut congé-
[illegible] de l'asile. Sa guérison s'est maintenue depuis lors.

Le second cas concerne un homme admis à l'âge de trente-trois ans, en 1868. Lui aussi avait des prédispositions héréditaires. Au début, il était un peu agité, parlait beaucoup, et s'accusait



de crimes imaginaires. Comme sa santé physique était déplorable, que même on le croyait phtisique, on le traita en conséquence. Malgré l'amélioration progressive du corps, son esprit resta sous la même influence morbide jusqu'en 1885. Mais, depuis cette époque jusqu'en 1887, il se montra parfaitement raisonnable, jugeant comme il le fallait l'insanité de ses anciennes idées délirantes.

Le troisième cas est relatif à une femme admise en 1870, à l'âge de cinquante et un ans. Celle-ci n'avait pas d'antécédents héréditaires. Elle était hallucinée; ses voix la poussaient au suicide; elle se croyait dominée par l'influence mystérieuse et nuisible d'un individu qu'elle nommait. Lorsqu'elle parlait de lui, elle s'exaltait beaucoup. Jusqu'en 1883, on n'observa aucun changement. Mais, à partir de cette époque, ses idées délirantes disparurent, elle redevint ce qu'elle était jadis et enfin, en 1884, après quatorze années d'internement, elle sortit de l'asile considérée comme guérie.

Les faits de ce genre, évidemment très rares, sont un encouragement à ne jamais désespérer d'aucune guérison.

Du tact dans la direction des aliénés ; par le Dr A.-B. Richardson, directeur de l'asile d'Athens (Ohio).

Le médecin d'asile d'aliénés doit considérer que ses malades ont besoin non seulement d'un traitement médical, qui, à la vérité, est presque toujours le plus important, mais aussi d'une sorte de traitement moral. Celui-ci consiste dans l'appropriation du séjour, dans l'emploi de tout ce qui, par influence de voisinage, peut agir favorablement sur les habitants d'un asile. Il consiste également dans l'influence personnelle que tous les employés, depuis le directeur et le médecin, jusqu'aux simples infirmiers, peuvent avoir sur les individus malades qui leur sont confiés. Ce traitement moral réclame beaucoup de tact dans son application, car il doit être variable non seulement suivant les individus, mais aussi suivant la variété de trouble mental et suivant les aptitudes particulières de chacun d'eux. Le médecin d'aliénés doit donc étudier avec soin, non seulement l'action des médicaments, mais aussi les tendances de nature propres à chacun des malades dont il est chargé.



La paranoïa dans ses rapports avec les hallucinations de l'ouïe; par le Dr Theo. W. Fisher, directeur de l'asile d'aliénés de Boston.

Le terme de paranoïa est employé par les divers auteurs en tant de significations différentes qu'il faut avec presque chacun d'eux en chercher d'abord la définition; heureux encore si on la trouve. Pour le Dr Fisher, la paranoïa est nettement le délire partiel, avec hallucinations et idées de persécution auxquelles s'ajoutent quelquefois des idées de grandeur.

Ainsi entendue, la paranoïa a pour élément essentiel l'hallucination; c'est celle-ci qui est le point de départ des idées délirantes et qui préside à leurs transformations. L'opinion du docteur Fisher, qui est basée uniquement sur des considérations de statistique, n'est point irréfutable et, dans bien des cas, l'hallucination n'est certainement elle-même qu'un phénomène consécutif.

Des deux observations qui terminent le mémoire, l'une montre que les tribunaux, en Amérique, ne sont pas encore disposés à comprendre et à croire qu'un individu peut être franchement aliéné et avoir cependant des apparences de raison. Un certain Perry avait tué un homme par qui il se croyait persécuté. Cet individu présentait du reste un délire des persécutions des mieux caractérisés. Mais, malgré les efforts du Dr Fisher pour le faire déclarer irresponsable, Perry fut déclaré coupable, motif pris de ce qu'il raisonnait d'une manière correcte sur sa conduite et sur certains de ses actes. Erreur judiciaire à ajouter à toutes celles qui ont été commises dans les mêmes conditions.

Sur quelques causes rares d'imbécillité; par le Dr Fletcher Beach, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Darenth, Dartfort (Angleterre).

Les causes les plus habituelles de l'imbécillité sont l'intempérance, la folie, l'imbécillité, l'épilepsie, la phtisie et la paralysie du père ou de la mère. Il y a d'autres causes moins communes, sur lesquelles le Dr Beach appelle ici l'attention, et qui sont, chez les parents, la syphilis, la consanguinité, les névroses chroniques, l'excitabilité, la surdi-mutité. Quelques



faits confirmatifs viennent à l'appui des données de ce mémoire, qui se termine par les conclusions suivantes.

1° En général, l'imbécillité résulte de deux ou plusieurs facteurs dont l'action est simultanée;

2° L'action de l'hérédité ne se montre mieux nulle part que chez les individus qui peuplent les asiles destinés aux imbéciles. Aucun d'eux n'a échappé à son influence;

3° Si l'on veut diminuer le nombre des imbéciles, au moins dans les classes pauvres, il faut améliorer la condition intellectuelle, morale et physique de tous ceux qui sont destinés à avoir des enfants.

Le traumatisme dans ses rapports avec la production et avec la guérison de la folie; par le Dr Selden H. Talcot, directeur de l'asile d'aliénés de Middletown, New-York.

L'auteur ne se propose nullement de généraliser les faits. Mais il croit à propos de citer quatre observations, rares assurément, où le traumatisme a joué un rôle marqué dans la production ou dans la guérison de la folie. Ces faits sont à rapprocher de celui que nous avons cité plus haut, et qui est dû au Dr Goldsmith.

Un individu tombe du haut d'une échelle haute de vingt-six pieds; la tête porte à terre dans la chute. Il est relevé absolument sans connaissance, mais il ne tarde pas à revenir à lui. Toutefois il ne peut alors dire un seul mot, mais il peut écrire. Un mois après l'accident, il est pris d'excitation maniaque très violente, qui oblige à l'interner. Au bout de deux mois il se calme et reprend possession de lui-même; mais il ne se souvient en rien de ce qui lui est arrivé. A partir de ce moment, son amélioration fut rapide, et bientôt après il rentra chez lui, guéri.

Une femme de trente-sept ans, passant dans la rue, fut frappée à la tête par une tuile tombée de quarante pieds de haut. Il en résulta une fracture avec enfoncement limitée à la partie antéro-supérieure du crâne. Une couronne de trépan fut immédiatement appliquée; l'ablation de l'esquille donna lieu à une hémorrhagie abondante, due à l'ouverture du sinus longitudinal. La guérison de ces accidents fut rapide.

L'aventure s'était passée en 1868. Or, en 1887, sans cause

apparente, cette femme fut prise d'agitation maniaque. En supposant que cette agitation était due à l'ancienne blessure, on appliqua de nouveau le trépan, mais sans succès. La crise dura dix mois, au bout desquels survint la guérison.

Dans ces deux faits, la folie semble bien due au traumatisme. Voici maintenant deux faits d'autre genre.

Un homme de vingt-quatre ans, sans antécédents héréditaires, atteint déjà plusieurs fois d'agitation maniaque, et traité en divers asiles, est admis dans celui de Middletown, en juillet 1878. Deux jours après son entrée, il fit sur la tête une chute violente d'environ trois mètres de hauteur. Il put se relever, mais au bout de quelques instants il perdit connaissance. Il resta dans cet état pendant deux jours, au bout desquels revenant à lui, il se trouva dans un état presque normal. La guérison s'est confirmée, et deux ans après il n'avait pas eu encore de nouveaux accès d'agitation comme il en avait eu précédemment, pendant neuf ans, et qui duraient plusieurs mois.

Le dernier cas concerne un homme de trente-huit ans, qui était atteint de délire des persécutions. Il se croyait poursuivi et menacé; il ne dormait pas et s'agitait aisément. Deux mois après son admission à Middletown, il fut frappé violemment à la tête par un autre aliéné. A ce moment on lui dit en riant que peut-être le coup lui ferait passer ses idées déraisonnables. Il répondit « c'est bien possible ». Et de fait, à partir de ce moment, il s'améliora avec une grande rapidité.

Ces faits assurément ne sont pas susceptibles de généralisation ; mais ils ont par eux-mêmes un grand intérêt.

THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE
de janvier à septembre 1888

L'ODONTALGIE ENVISAGÉE COMME CAUSE D'ÉPILEPSIE ; par le Dr ALBERT P. BRUBAKER (de Philadelphie).

Le mémoire a pour point de départ l'histoire fort intéressante d'une fillette de neuf ans, que l'auteur fut appelé à soigner en octobre 1886 pour une épilepsie qui datait seulement de mai. Il n'y avait dans la famille aucune cause héréditaire.

et chez l'enfant rien qui permît de préciser l'origine de la maladie. Jusqu'en mars 1887, l'enfant fut soumise aux traitements ordinaires, sans aucun succès. A cette époque on remarqua qu'elle souffrait d'une molaire cariée, dont on décida l'extraction, et, chose remarquable, depuis cette opération, l'enfant n'eut plus un seul accès d'épilepsie.

Le Dr Brubaker n'hésite pas à considérer la névralgie dentaire comme la cause du mal; du reste, dit-il, l'épilepsie de cause périphérique est bien connue et on la voit assez fréquemment survenir à la suite de lésions des yeux, des oreilles, des viscères, des muscles et de troubles nerveux divers.

Pour ajouter à la valeur de son mémoire, l'auteur y a réuni quinze observations empruntées de-ci de-là, à la littérature médicale, et qui présentent avec le fait observé par lui-même la plus complète analogie.

Insanité dépendant du mal de Bright; par le Dr L. Bremer (de Saint-Louis).

L'auteur n'a point la prétention de faire connaître un état nouveau de maladie mentale. Mais à propos de cas qu'il a eu l'occasion d'observer, il croit utile d'appeler l'attention sur les troubles intellectuels qui sont dus au mal de Bright, ou, pour mieux dire, à l'intoxication urémique.

L'observation principale qu'il rapporte concerne une femme de trente-huit ans, qui, à la suite d'un vif refroidissement (elle était tombée dans l'eau glacée) fut prise de troubles de la sécrétion rénale; on trouva dans l'urine de l'albumine en grande quantité. Cela durait depuis quatre ans lorsqu'à la suite d'un refroidissement nouveau survinrent des perturbations mentales. Cette femme devint irritable et morose; elle perdit le sommeil; elle tomba dans l'excitation maniaque, puis dans la dépression mélancolique. Cela durait depuis neuf jours, lorsqu'elle fut poussée à se couper la langue. La blessure donna lieu à une hémorrhagie abondante qu'on eut grand'peine à arrêter. Un résultat inattendu, c'est que la maladie mentale commença dès lors à s'améliorer et guérit bientôt.

Le Dr Bremer incline à croire que l'hémorrhagie fut la cause de cette guérison; il se fonde pour cela sur les succès que les



émissions sanguines ont donné dans le traitement de l'éclampsie urémique. L'effusion du sang a permis l'élimination des éléments toxiques, et par suite a fait cesser les désordres auxquels ceux-ci donnaient lieu.

Ici le trouble mental fut transitoire; mais il y a des cas où il est permanent chez des individus où l'on ne peut mettre en cause que le mal de Bright. L'auteur en rapporte six fort intéressants à cause de la rareté relative des faits semblables.

En attribuant à l'intoxication urémique la forme de folie dont il s'agit, on doit remarquer que cependant les symptômes de l'urémie proprement dite y font défaut, à savoir la céphalalgie, les vomissements et les convulsions. Mais on est en droit d'admettre qu'il y a eu substitution de symptômes.

A certains égards la folie urémique peut se rapprocher de la folie alcoolique, et de certaines autres folies par intoxication. Le trouble mental n'y affecte pas un type spécial, il n'y a pas prédominance d'idées délirantes fixes, et comme l'indiquent les observations rapportées par le Dr Bremer, il y a souvent des hallucinations de l'ouïe et de la vue.

L'importance de la folie par intoxication urémique réside dans son origine, dans le diagnostic qu'il en faut faire et dans le traitement spécial auquel elle peut donner lieu.

La croyance au spiritisme est-elle toujours en soi une preuve de folie? par le Dr Matthew Dr Field

La solution de cette question préoccupe vivement l'opinion publique aux Etats-Unis, où le spiritisme et toutes les pratiques du même genre ont de nombreux adeptes. Elle n'est pas d'un moindre intérêt pour nous, surtout au point de vue médico-légal, et on l'a vue récemment soulevée à propos d'un procès en captation qui est encore pendant devant les tribunaux de la Côte-d'Or.

C'est également à propos d'une affaire analogue que le Dr Field a été amené à l'examiner. Il avait été appelé, comme expert, à donner son avis sur la valeur d'un testament fait par un individu qui se croyait en communication avec les esprits et qui s'imaginait agir sous leur influence. Il ne dit malheureusement point quelle solution l'affaire a reçue.

Toujours est-il qu'à ce propos il examine la question dont il s'agit. En principe il y répond par la négative. La croyance au spiritisme envisagée d'une manière abstraite n'est point une preuve de folie, pas plus que la croyance à tout surnaturel.

Mais dans la pratique, le Dr Field estime que ce n'est point ainsi qu'il faut prendre les choses. Il y a, dit-il, trois catégories d'individus qui s'occupent de spiritisme.

La première, composée de ceux qu'on appelle les *médiums*, ne compte guère que des imposteurs, des dupeurs de la crédulité et de la bêtise publiques. On y trouve cependant quelques honnêtes gens, mais ils appartiennent plus ou moins aussi à l'une des deux autres catégories.

La seconde est formée des badauds et des fidèles dont le plus grand nombre sont des faibles d'esprits, des imbéciles qui ne demandent qu'à se laisser abuser, des gens superstitieux, des personnes dont l'organisation nerveuse est notablement instable. On y trouve cependant quelques individus intelligents, mais en très petit nombre.

La troisième catégorie comprend ceux qui croient fermement à toutes les pratiques du spiritisme, qui s'imaginent être bien réellement en communication avec les esprits, et cela d'une manière matérielle, croyant les voir ou les entendre; ceux-là sont bien véritablement des aliénés.

Mais quelle que soit la catégorie où il faille placer les spirites, le Dr Field estime qu'il faut en faire deux groupes seulement, les uns dignes de pitié, tandis que les autres méritent le blâme et les sévérités des tribunaux judiciaires.

Si la croyance au spiritisme n'est point en soi une preuve de folie, il faut toutefois tenir compte d'une autre éventualité subsidiaire, à savoir que le spiritisme et ses pratiques ont poussé dans la folie un grand nombre de gens. Les médecins des asiles d'aliénés aux Etats-Unis sont unanimes à constater le fait, et la folie d'une bonne quantité de leurs malades ne connaît pas d'autre cause.

Cela se conçoit aisément si l'on considère que les pratiques du spiritisme mettent violemment en jeu les dispositions émotives des individus, leurs tendances à la superstition ou au fanatisme. Pour peu qu'ils y soient un peu prédisposés, qu'ils



[illegible] de leur
[illegible] ils verse-
[illegible] aliéna-
[illegible]

[illegible] PARANT.

[illegible] de janvier,
[illegible] la neuro-
[illegible] physiologie
[illegible] trouvera place
[illegible] Revue de la
[illegible] plus grand
[illegible] multiplicité des re-
[illegible] dans toutes les
[illegible] attacher dans
[illegible] importants d'entre
[illegible] qui veulent entre-
[illegible] des points qui nous
[illegible] publiés sur cette
[illegible] importance et leur va-
[illegible] notre Index. Il
[illegible] de tous les travaux parus
[illegible] abordables, ou
[illegible] sont peu familières, et,
[illegible] pour ces recherches
[illegible]



BIBLIOGRAPHIE

La Circonvolution de Broca, étude de morphologie cérébrale, par Georges Hervé (Paris, 1888, *Lecrosnier et Babé*).

La circonvolution de Broca a donné lieu dans ces derniers temps, en France et à l'étranger, à plusieurs travaux auxquels nous consacrerons prochainement une étude spéciale. Nous nous bornerons à signaler aujourd'hui le dernier paru en date et le plus remarquable, celui de M. Georges Hervé.

Si la circonvolution de Broca est aujourd'hui le centre incontesté du langage articulé, sa morphologie n'est point aussi nettement établie et sa description point aussi facile qu'on l'imaginerait. M. Hervé a eu le grand mérite de circonscrire rigoureusement le champ de ses recherches, et sans se laisser aller à l'étude attachante du langage articulé, il s'est borné à éclairer d'un jour nouveau ce point de morphologie cérébrale, l'un des plus obscurs. Nous nous bornerons aujourd'hui à résumer rapidement les points principaux mis en lumière par le travail de M. Hervé.

La circonvolution de Broca se prolonge sur le lobule orbitaire. Elle s'y termine en se réunissant aux autres circonvolutions frontales en un point de convergence commun, le pôle frontal, situé à l'extrémité postérieure du sillon olfactif.

Le type cérébral des primates est un type à deux et non à trois étages frontaux.

La circonvolution de Broca n'apparaît qu'à partir des anthropoïdes, en même temps que la branche horizontale antérieure de Sylvius. Elle se forme par dédoublement du deuxième étage frontal primitif.



Cette circonvolution constitue, chez les anthropoïdes et chez l'homme, une quatrième circonvolution frontale. La deuxième frontale des auteurs classiques comprend, en réalité, deux circonvolutions.

Le développement de la circonvolution de Broca chez le fœtus en reproduit le développement dans la série. La circonvolution du côté droit est presque toujours plus précoce.

Chez les microcéphales, le centre de la mémoire motrice des mots est ou absent (1er type), ou rudimentaire comme chez les anthropoïdes (2e type), ou constitué, à la complication près, comme chez l'individu normal (3e type). Presque toujours, chez les idiots, les imbéciles, les sourds-muets, souvent dans les races inférieures, le centre en question est plus ou moins atrophié, rudimentaire, ou arrêté dans son développement.

Chez les intellectuels, la complexité morphologique du centre de Broca est, d'une façon générale, corrélative à la puissance de la fonction.

A Soucura perante a lei penal (La Folie devant la loi pénale). Etude médico-légale, par Bernardo Lucas, de l'Université de Coïmbec (Porto, 1888, *Barros et Filha*).

Ce volume a été publié à propos d'une cause récente qui a passionné les criminalistes portugais; mais l'auteur a saisi ce prétexte pour étudier en même temps toutes les questions de médecine légale qui se rattachent à la responsabilité des aliénés.

L'ouvrage comprend onze chapitres. Les trois premiers sont consacrés à la folie ou plutôt à ce qu'on a désigné sous le nom de *frontières de la folie*. Toutes les questions relatives au libre arbitre, au déterminisme, y sont étudiées avec soin.

Après avoir consacré au *Droit de punir*, l'auteur étudie les différents types délinquants et les divers degrés de responsabilité qui incombent aux aliénés, aux épileptiques, etc. Ces divers chapitres sont remarquables et contiennent des aperçus d'une grande originalité.

Enfin, dans la dernière partie de son livre M. Bernardo Lucas s'occupe des pénalités et des établissements pénitentiai-

res. Les questions relatives aux asiles mixtes, au travail des aliénés, etc., sont l'objet d'un examen approfondi.

Cet ouvrage est un exposé très complet et très précis des connaissances médico-légales qui se rattachent à la criminalité dans ses rapports avec l'aliénation mentale, et, il fait le plus grand honneur à l'érudition des légistes portugais.

The nevous system and the mind : a treatise of the dynamies of the human organism (le système nerveux et l'esprit, etc.) par Ch. Mercier (in-8°, *London, Macmillan*).

L'auteur constate avec plaisir que le temps n'est plus où les médecins jugeaient absolument inutile à la pratique de leur art la connaissance de la physiologie normale. Mais il nous semble injuste quand il prétend que les aliénistes n'ont point suivi ce mouvement et sont restés stationnaires quant aux connaissances des fonctions normales du cerveau. Ceci, dans tous les cas, ne nous paraît point applicable aux aliénistes français qui ne cessent de s'aider de leur parfaite connaissance de l'homme sain pour le traitement de l'aliénation mentale. L'auteur rejette la responsabilité de cet état de choses sur les psychologues, notamment sur Stuart Mill, qui ne veulent point tenir compte, dans leurs recherches psychologiques, des progrès journaliers de la neurologie. M. Ch. Mercier cherche à réagir contre cette tendance en s'appuyant sur les théories récentes de Herbert Spencer et de Hughlings Jackson.

Ce *Traité de dynamique de l'organisme humain* comprend trois parties : la première est consacrée aux fonctions purement physiques et physiologiques du système nerveux, la seconde à ses fonctions psychologiques ; la troisième est intitulée l'*Esprit* et s'occupe de sa constitution, de la pensée, des sentiments et de leur classification.

L'auteur étudie plus particulièrement dans cet ouvrage les manifestations normales de l'intelligence, et ne s'occupe que rarement de ses manifestations morbides. Notons cependant le chapitre où il cherche à établir les différences qui existent entre l'erreur et les illusions de la folie.

En somme l'auteur nous avait laissé espérer un traité de



psychologie qui pût servir de base à l'étude de l'aliénation mentale, mais nous ne pouvons guère voir là qu'un essai de psychologie générale; telle est cependant la sûreté de raisonnement, la puissance de coordination de M. Ch. Mercier que nous ne doutons point qu'il soit capable de remanier et de compléter son œuvre dans le sens du programme que lui-même s'était tracé.



NOUVELLES

M. le Dr Maret, directeur-médecin de l'asile d'Auch (Gers), est placé à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.).

MM. les Drs Cullerre, directeur-médecin de l'asile de la Roche-sur-Yon (Vendée), et Langlois, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), sont placés à la première classe de leur grade (7,000 fr.).

MM. les Drs Germain Cortyl, directeur-médecin de l'asile d'Alençon (Orne), et Boubila, médecin en chef de l'asile de Marseille, sont placés à la deuxième classe de leur grade (6,000 fr.).

M. le Dr Lemoine, médecin-adjoint à l'asile du Bailleul (Nord), est placé à la première classe de son grade (3,000 fr.).

M. le Dr Guyot, médecin-adjoint à l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), est nommé directeur-médecin de l'asile de Châlons (Marne), en remplacement de M. le Dr Henry Bonnet, admis à faire valoir ses droits à la retraite, et est placé dans la troisième classe de son grade (5,000 fr.).

M. le Dr Vallon, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine), est promu à la deuxième classe de son grade (6,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er juillet 1888.

M. le Dr Dubuisson, ancien médecin-adjoint des asiles publics en disponibilité, médecin en chef à l'asile privé de Leyme (Lot), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), et est placé dans la première classe de son grade (3,000 fr.).

— M. le Professeur Ball commencera le cours des maladies mentales, le dimanche 11 novembre 1888, à dix heures du matin, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.



— Un concours s'ouvrira le lundi 10 décembre 1888, à midi précis, à l'asile Sainte-Anne, pour la nomination à huit places vacantes d'interne titulaire en médecine dans les asiles d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le dépôt des aliénés près la préfecture de police).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (bureau du personnel) tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 8 novembre jusqu'au samedi 24 novembre inclusivement.

— Un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine, à l'asile public d'aliénés de Bordeaux, sera ouvert le 17 décembre 1888, à une heure précise, à la Faculté de médecine en cette ville.

Les candidats devront se faire inscrire à l'asile, bureau de la direction, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à quatre heures, du 1er au 15 décembre inclusivement.

— M. le Dr Donnet, de Limoges, ancien député et actuellement directeur de l'asile de Vaucluse, vient d'être élu sénateur du département de la Haute-Vienne. Toutes nos félicitations à notre très sympathique confrère.

— L'Ecole d'anthropologie, qui entre dans sa treizième année d'existence, ouvrira ses cours lundi 5 novembre 1888, à huit heures et demie du soir, dans son local habituel, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les cours se succèderont dans l'ordre suivant :

Lundi, à quatre heures, M. Letourneau : histoire des civilisations; — à cinq heures, M. Mathias Duval : anthropogénie et embryologie comparée; — à huit heures et demie du soir, M. G. de Mortillet : anthropologie préhistorique, avec projections.

Mardi, à cinq heures, M. Georges Hervé : anthropologie zoologique.

Mercredi, à quatre heures, M. Topinard : anthropologie générale.

Vendredi, à cinq heures, M. Manouvrier : anthropologie physiologique.

Samedi, à quatre heures et demie, M. Bordier : géographie médicale.

TABLE DES MATIÈRES

CHRONIQUE

MÉMOIRES ORIGINAUX

MÉDECINE LÉGALE



ARCHIVES CLINIQUES

REVUE CRITIQUE

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉS SAVANTES

REVUE DE LA PRESSE

JOURNAUX ANGLAIS

JOURNAUX AMÉRICAINS

JOURNAUX ALLEMANDS

JOURNAUX ITALIENS

BIBLIOGRAPHIE



VARIA

CORRESPONDANCE

NOUVELLES

NÉCROLOGIE

ÉVREUX, IMPRIMERIE CHARLES HÉRISSEY



Pl. I



Arnozan et Régis, f[nt]. Photolith





Pl. II

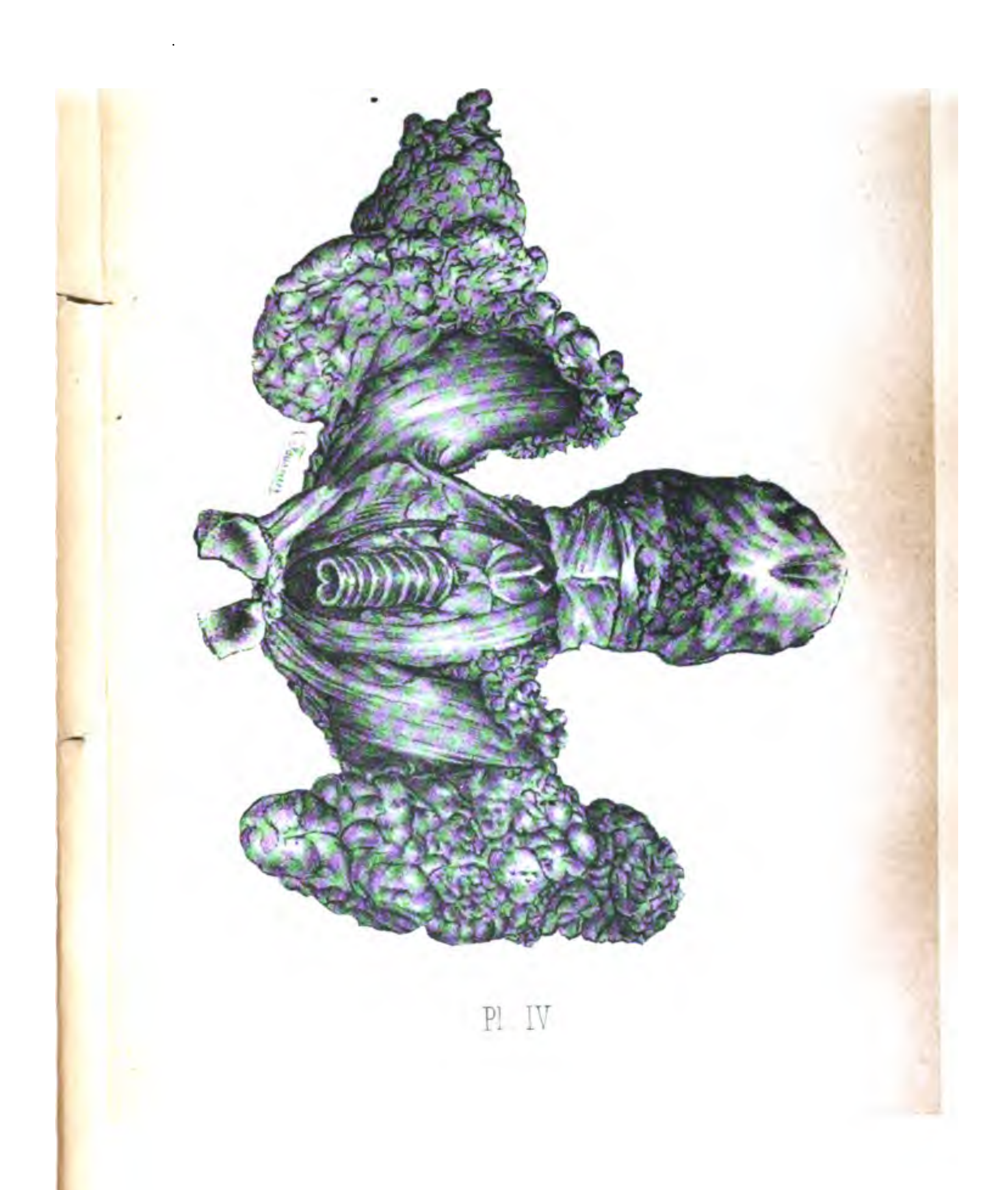
rnozan et Régis, fnt. Photolitho. Pr. Cham



Pl. III

Arnozan et Régis, fnt. Photolitho. Pr. Chameau





Pl. IV

Arnozan et Régis, fnt. Photolitho. Pr. Chamea

